

377

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

PAR HENRI ISAAC FILS

Né à Vizille (Isère), le 2 novembre 1872

De la Colite
Muco-Membraneuse

Président : M. BRISSAUD.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

PAR HENRI ISAAC FILS

Né à Vizille (Isère), le 2 novembre 1872

De la Colite

Muco-Membraneuse

Président : M. BRISSAUD.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	TUFFIER.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VAQUEZ (AND.).
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER.	VARNIER.
BROCA (AUG.)	HEIM.	RETTERER.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	LANGLOIS.	ROGER.	WEISS.
CHARRIN.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	TESSIER.	WURTZ.
Pierre DELBET.	LEJARS.	THIERY.	
DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE.

A MA MÈRE, A MON PÈRE, A MA SŒUR.

A MON ONCLE, A MA TANTE BERLIE.

A MADAME, A MONSIEUR VICTOR MONIN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MATHIEU,

Médecin de l'Hôpital Andral

Témoignage de profonde reconnaissance

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES DE MARSEILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD,

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital Andral dans le service de M. le docteur Mathieu, nous avons eu l'occasion d'examiner de nombreux malades atteints de colite muco-membraneuse.

Frappé de la diversité d'aspects cliniques sous lesquels cette affection pouvait se présenter, nous avons pensé qu'il serait utile de rapprocher dans une même vue d'ensemble les cas dont le diagnostic s'impose à première vue de ceux à symptomatologie plus délicate et d'une appréciation plus difficile; de faire voir que les uns et les autres reposent cependant sur une même conception pathogénique, et que « si en clinique, la symptomatologie n'est pas toujours la servante fidèle de la localisation anatomique » elle permet cependant à elle seule de grouper dans un même cadre nosographique un état pathologique à réactions morbides diverses, marquées au sceau du terrain.

M. Mathieu a bien voulu mettre à notre disposition

pour notre travail ses notes et observations personnelles ; nous lui sommes profondément reconnaissant d'avoir ainsi pu mener à bien une thèse qui n'est que le reflet de son enseignement.

HISTORIQUE

Bien qu'à peine mentionnée jusqu'à nos jours dans les traités classiques, l'existence de l'entérite muco-membraneuse n'en a pas moins été reconnue depuis longtemps par les cliniciens. Les appellations diverses que lui donnèrent les auteurs montrent combien furent changeantes les théories pathogéniques émises sur la nature de cette affection.

Trois périodes nous semblent se dessiner dans l'évolution de l'histoire de l'Entérite muco-membraneuse, chacune caractérisée par l'apport de connaissances nouvelles touchant un côté quelconque de la question. Les auteurs, tout d'abord se contentent de relater l'existence de glaires et de peaux dans les selles : s'ils cherchent à expliquer le fait, les opinions émises sont toutes très différentes ; quant aux symptômes qui accompagnent cette expulsion anormale, ils ne sont pas groupés. La colite n'est pas une maladie, c'est un incident au cours d'une maladie autre.

Morgagni, un des premiers, cite des observations de malades, émettant avec leurs matières, des mucosités et

des peaux. Il admet que c'est aux dépens de la muqueuse de l'intestin que les mucosités se forment. Elles seraient expulsées à la suite de contractions violentes. Van-Swieten, Fernel se rangent à cet avis.

Sennert et Lancisi, différencient les matières tubulées des *toenias*.

J. Maurice Hoffmann reconnut que les mucosités étaient formées d'un mucus concrété au dessus des valvules conniventes.

Treyling, Burows expriment la même opinion. Burows trouve dans les matières rendues du mucus et un peu d'albumine.

Powel, rapporte les symptômes de la maladie à la présence de calculs biliaires ; Good la dénomme diarrhée tubulaire. « Elle résulterait d'une certaine irritabilité de la membrane villeuse qui pourrait être aussi atteinte d'un certain degré d'inflammation chronique ».

Roche et Samson en France, écrivent « que cette maladie semble former avec l'angine couenneuse un genre d'inflammation particulière que Bretonneau a désigné sous le nom de diphtérie ».

Pour Billard et Valleix, pseudo membranes et muguet sont analogues. Billet et Rarthez se rangent à leur avis.

En 1841, Gendrin dans son *Traité de Médecine Pratique* dit : « Le mucus déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro intestinale, acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse. »

Barrier constate que c'est surtout dans le gros intestin que l'on trouve du mucus.

Hayn, un des premiers mentionne la fréquence de ces fausses membranes chez les hystériques.

En 1846, Sir James Simpson voit dans cette affection une inflammation folliculaire ou éruptive.

A la Société Anatomique, M. Potain, présentant des matières muco-gélatiniformes expulsées pendant la défécation, dit qu'il faut diviser ces productions en deux classes « 1° Les unes seraient formées de mucus concret; 2° les autres, seraient l'exsudat d'une sécrétion toute particulière se formant dans l'intestin, se détachant à une certaine époque de leur évolution. »

A la suite de la publication de M. Potain, l'accord semble être fait pour constater que les fausses membranes ne sont que du mucus concrété. L'étude clinique de la colite muco-membraneuse se complète, on analyse les symptômes, on les rattache à leur vraie cause; pathogéniquement même on commence à rejeter l'étiologie banale admise jusque-là. Au point de vue histo-chimique, l'étude des fausses membranes fait un grand pas.

En 1861 en effet, le professeur Laboulbène étudie les caractères macroscopiques et la structure histologique des muco-membranes. Il les différencie des fausses-membranes vraies, et ainsi détruit par avance les opinions émises par Williams qui décrit l'Entérocolite muco-membraneuse sous le nom de « croup intestinal ».

Les travaux de Worms, de Perroud (de Lyon) sont

à citer. Mentionnons les présentations faites à la Société anatomique par Langlet, Laborde.

Cliniquement, Trousseau en 1857 avait donné dans l'*Union Médicale* une intéressante étude faisant remarquer combien souvent « les douleurs coliques sont prises pour des douleurs stomacales » ; puis, M. Guyot rapporte le cas d'un malade qui présentant des phénomènes d'occlusion intestinale fut guéri après avoir expulsé par l'anus une grande quantité de mucosités intestinales.

Grâce au travail de Siredey, aux observations de Curval, de Le Bret, les divisions s'établissent plus précises, le cadre de la colite s'élargit.

Witehead donne une description très complète et très détaillée des déjections intestinales, il en distingue trois formes.

Da Costa de Philadelphie étudie les caractères physiques et chimiques des fausses membranes.

Maurice Raynaud ayant présenté à la Société anatomique des muco-membranes affectant la forme d'un tube très mince, M. Debove admet que c'est par rétraction que le mucus qui tapisse l'intestin présente un si petit calibre.

L'histoire de l'entérite muco-membraneuse semblait constituée, sa pathogénie était presque élucidée, quand au Congrès de Lille en 1874, le professeur Wannebroucq voulut renverser les théories admises et expliquer la formation des membranes, par une inflammation du tissu interstitiel. Il ne fut pas suivi dans son hypothèse ainsi que le montrent les thèses de Gourdon,

de Poignard, et surtout la publication de M. Lereboullet dans la « Gazette hebdomadaire. »

Le professeur G. Sée un des premiers dans son traité « Des Dyspepsies gastro-intestinales » fait une large part à l'entérite muco-membraneuse.

A partir de ce moment cette affection occupe dans la nosologie la place qu'elle mérite. La symptomatologie se complète de plus en plus; les rapports de la colite avec bien d'autres affections sont étudiées. L'influence du nervosisme des ptoses, de la diathèse arthritique est reconnue. Grâce au perfectionnement des procédés histologiques, la composition du mucus est définitivement fixée.

Nous ne pouvons énumérer toutes les publications parues; citons cependant la Thèse d'Izoare, très complète au point de vue bibliographique et qui nous a beaucoup servi.

Les communications de F. Glénard en 1886 montrent les rapports de la Colite avec l'entéroptose. Glénard signale le spasme de l'intestin.

M. Potain en 1887, insiste sur le rôle du nervosisme dans l'étiologie de la colite; celui de l'arthritisme lui paraît moins essentiel.

La question est bien mise au point en 1889 par Gaston Lyon, dans un article de la *Gazette des hôpitaux*.

Monod en 1893 fait paraître six observations de colite chez des utérines. Ozenne, revient sur les rapports de la colite avec les affections utéro-ovariennes, Letcheff voit dans ces affections une notion étiologique fréquente.

Enfin, dans une dernière étape, les nombreux travaux de Mathieu serrent de plus près le problème pathogénique, et fixent bientôt, dans son ensemble, l'histoire clinique et étiologique de la colite muco-membraneuse.

Mathieu montre le rôle de la constipation dans l'étiologie de la colite muco-membraneuse; il insiste sur le spasme de l'intestin, spasme tantôt partiel, tantôt généralisé. Enfin il est le premier à mentionner la présence du sable intestinal, dans les déjections de cette catégorie de malades. Dans une intéressante étude il donne toutes les indications nécessaires pour le traitement.

En Allemagne, Kitagawa, avait fixé l'anatomie pathologique des muco-membranes; Swen-Akerland, Rothman, Nothnagel, avaient donné de bonnes descriptions cliniques. Nothnagel, distinguait la colite muco-membraneuse, simple inflammation d'intestin, de la muco-membraneuse due à de l'hypersécrétion d'origine Colique névropathique.

Alors qu'à l'Académie de Médecine des discussions s'élevaient sur les rapports de l'entérocolite avec l'appendicite, l'entéroptose, le sable intestinal, discussions dans lesquelles MM. Dieulafoy, Reclus, Lucas Championnière, F. Glénard, etc... prirent la parole, Boac Edwald à la Société de Médecine de Berlin revenaient sur l'étiologie nerveuse de la Colite.

Pour terminer cette énumération, mentionnons la thèse de Vouzelle qui est une monographie importante sur la question.

DÉFINITION. — SYMPTOMES.

Si nous jetons un coup-d'œil d'ensemble sur certaines affections de l'intestin, nous y retrouvons un groupe de symptômes semblant correspondre dans une certaine mesure à ceux de la colite muco-membraneuse.

Cette dernière n'est-elle donc qu'une forme, la forme grave, il est vrai, d'un processus pathologique spécial, ou pouvons-nous la considérer comme une entité morbide, affectant parfois des modalités cliniques diverses ? Nous nous rangerons à cette dernière hypothèse.

Aussi nous isolons la colite muco-membraneuse du groupe des colites aiguës, bien que celles-ci se traduisent par l'expulsion de mucosités plus ou moins concrétées dues à l'hypersécrétion glaireuse des glandes du gros intestin irrité. Semblable sécrétion du reste se rencontre même dans de simples cas de diarrhée.

Nous écarterons à dessein les entérites aiguës, car elles ne donnent plus lieu à du mucus, mais à de fausses membranes constituées par de la fibrine, des

cellules lymphatiques mortifiées : telle l'entérite croupale des Allemands.

Chez les enfants, la colité aiguë se traduisant par des alternatives de constipation et de diarrhée, par le rejet de matières glaireuses mousseuses, sanguinolentes même, avec quelquefois du mucus, ne peut encore être assimilée à la colite muco-membraneuse telle que nous la comprenons. Cependant cette dernière peut suivre les poussées de colite aiguë, qui apportent dans la constitution des tissus et des glandes des modifications engendrant la tendance à la constipation et à l'atonie.

L'entérite des pays chauds, l'entérite tuberculeuse, la dysenterie ont une étiologie si spéciale que nous pouvons les éliminer d'emblée.

Certaines colites diarrhéiques avec phénomènes douloureux, paroxystiques, rejet de mucosités, plus ou moins concrétées, doivent-elles être considérées comme le premier degré de la colite muco-membraneuse ? Nous ne le pensons pas ; ces variétés ne se montrent jamais d'emblée, elles succèdent à des poussées aiguës dans lesquelles l'élément infectieux a joué, au point de vue étiologique, le premier rôle.

Qu'est donc la colite muco-membraneuse ? Une affection chronique de l'intestin avec souvent des exacerbations, caractérisée par la rareté des selles à laquelle succède parfois une véritable débacle, et par le rejet dans les matières de mucosités, de fausses membranes dues à pu mucus concrété, et au produit de desquamation

intestinale, avec phénomènes douloureux paroxystiques.

Si la clinique a permis de donner à la colite muco-membraneuse la place qui lui est due, nous devons être très réservés quant à ce qui concerne la nature intime de cette affection. Des autopsies trop peu nombreuses ont fourni des données non seulement peu précises, mais encore contradictoires.

SYMPTOMES

« Comme M. Siredey, nous croyons que tous les accidents qui parfois accompagnent l'expulsion des concrétions pseudo-membraneuses dépendent de la constipation et d'une action locale exercée à la surface de la muqueuse de l'intestin par les scybales durcies. » (Lereboullet). Depuis longtemps donc, la constipation a été regardée par les différents auteurs comme jouant un rôle dans la pathologie de la colite muco-membraneuse, et comme étant un de ses trois symptômes principaux. Plus récemment, M. Mathieu a écrit : « En dehors de ces crises, de ces débâcles passagères, la constipation est un phénomène constant dans la séméiologie de la colite. » Elle est précoce et précède les autres manifestations.

■ Dans les cas rares où celle-ci s'est établie d'emblée, on ne la retrouve pas dans les antécédents des malades ; elle accompagne l'expulsion des mucosités et les phénomènes douloureux. Le plus souvent la constipation

est habituelle. Elle remonte à des mois, des années. Parfois les malades disent eux-mêmes que depuis leur jeune âge ils ne sont jamais allés normalement à la garde-robe, ou du moins, ils étaient plusieurs jours sans en éprouver le besoin. Quand la maladie est constituée, la constipation devient habituelle et opiniâtre chez ceux qui ne l'observaient qu'à la suite d'écarts de régime par exemple. Ils restent quatre, cinq jours, parfois davantage sans évacuer ; les selles alors ne sont jamais spontanées, ils doivent avoir recours aux purgatifs ou à d'autres moyens. Dans ces conditions, les hémorrhoides ne tardent pas à se produire, parfois même des fissures à l'anüs.

A la suite d'une période prolongée de constipation, le malade rend enfin des matières de forme, de coloration anormales. Elles sont dures, sèches, ovillées, très aplaties ; les unes ont un calibre normal, d'autres sont analogues à de petites billes, à des noisettes. Ces matières sont quelquefois ramollies à leur surface par des couches mucilagineuses, la masse centrale conserve sa dureté et indique une concentration des produits excrémentiels. Dans certains cas même, les selles sont uniquement constituées de scybales extrêmement réduites, rubanées, comme filées, et atteignant à peine le diamètre d'un petit doigt. Elles semblent être moulées sur le calibre de l'intestin qui se contracte, au point de se retrécir et de former une véritable corde. C'est la corde colique, sur laquelle nous aurons à revenir.

Il y a donc deux manières d'être, très tranchées, qui ont permis à Fleiner de distinguer avec raison deux

variétés de constipation : Constipation passive, par atonie intestinale ; c'est plutôt un simple trouble fonctionnel qu'une maladie proprement dite. Constipation par spasme, qui consiste dans la rétention des matières fécales, par contracture de l'intestin.

Si la forme des matières est des plus variables, leur coloration est cependant moins modifiée. Les selles sont souvent noires, parfois grises, décolorées dans certains cas comme chez les ictériques ; mais cette décoloration totale est très rare, et nous aurons à revenir sur ce phénomène.

Certains malades restent constipés pendant toute la durée de la maladie, et ne voient jamais se produire de débâcles. Chez d'autres, au contraire, à une période de constipation pendant laquelle les matières se sont accumulées dans l'intestin, succèdent des poussées diarrhéiques (Observations I, II). Cette diarrhée mérite de nous arrêter quelques instants car elle se présente avec des formes diverses. Tantôt, en effet, c'est de la diarrhée vraie, analogue à celle qui caractérise l'entérite aiguë ; d'autres fois, il y a, pendant un jour ou deux, débâcle chez des malades constipés habituellement ; la débâcle peut durer plusieurs jours et au milieu du flux diarrhéique on voit quelques scybales, c'est alors de la fausse diarrhée ; dans certains cas même il y a ascension thermique ; la fièvre, devons nous dire, est rare, et par ordre de fréquence la diarrhée fébrile vient en dernier lieu.

Les poussées diarrhéiformes sont parfois douloureuses, précédées de coliques, de douleurs abdominales

généralisées. « Du reste assez souvent, il paraît y avoir diarrhée. En réalité il y a constipation, et la constipation lorsqu'elle existe, n'est qu'un phénomène passager, un incident, au cours d'un processus morbide de très longue durée. » (Mathieu). Nous avons déjà mentionné qu'il fallait distinguer la diarrhée, de la fausse diarrhée, que caractérise un liquide brillant, épais au milieu duquel surnagent les scybales ou des matières aplaties, effilées. Il est presque de règle, de voir le mucus, les membranes, apparaître en assez grande quantité après ces évacuations presque sérieuses.

Des poussés dysentériques peuvent aussi alterner avec la constipation. Les selles sont plus ou moins copieuses, plus ou moins molles ; le malade se présente souvent à la garde-robe, et rend au milieu d'épreintes, d'efforts douloureux, en général des glaires ou du mucus, quelquefois des peaux qui sont striées de sang. Ce n'est là qu'une modalité clinique de l'entérocolite ; un examen un peu spécieux, montre qu'il n'y a aucun rapport entre la dysenterie vraie, affection dont la cause déterminante réside sans doute dans un contagion animé, et ces formes anormales d'une autre entité morbide.

La constipation dont nous faisons le symptôme précurseur de la colite muco-membraneuse, a comme conséquence la formation du mucus, des fausses membranes que les malades remarquent dans leurs selles et qui du reste caractérisent la colite. Là ne se borne pas son rôle. Pathogéniquement elle est un fac-

teur essentiel. Nous étudierons dans un chapitre spécial comment elle crée la colite, pourvu qu'elle évolue sur un terrain prédisposé. Nous allons passer en revue maintenant les sécrétions des glandes intestinales hyperméiées.

Mucus et muco-membranes. — Germain Sée a ramené à trois types les exsudats sécrétés par la muqueuse de l'intestin ; les glaires, les sécrétions informes analogues à du blanc d'œuf, le type lamelleux.

Ces trois types, peuvent se succéder les uns aux autres, ou apparaître d'emblée. Les glaires appartiennent plutôt à la période de début ; elles se montrent plus ou moins régulièrement dans les selles, en plus grande abondance quand la constipation est plus rebelle ; elles sont surtout dans la dernière partie des matières expulsées. Les selles se régularisent-elles, les glaires disparaissent.

D'autres remarquent dans leurs déjections des masses gélatineuses, les exsudats sont filants analogues à du blanc d'œuf, à du frai de grenouille ; ils représentent les produits de sécrétion des glandes de l'intestin plus ou moins enflammées. Sont-ils rapidement éliminés, ils enrobent les matières fécales, ou surnagent analogues à de la mousse ou de l'écume. Quand le mucus n'a pas séjourné dans l'intestin et n'a pas subi le premier degré de concrétion ; il s'agglutine pour former des boules grisâtres qui au contact de l'eau se divisent en fragments plus ou moins volumi-

neux, ou encore des grumeaux jaunes donnant l'impression de la graisse.

La maladie est constituée : les matières s'amassent dans l'intestin, le mucus se concrète, les muco-membranes, les peaux vont se trouver dans les selles. La quantité expulsée est variable ; tantôt les malades ne rendent ces produits anormaux que de loin en loin, après avoir eu des coliques pendant plusieurs jours, tantôt dans les formes graves, l'expulsion est quotidienne. A chaque selle, les matières sont enrobées d'une pellicule blanchâtre, ou bien les peaux sont rejetées isolées, précédant, mais surtout suivant l'évacuation des scybales ; enfin dans les cas les plus graves, les efforts, les épreintes n'aboutissent qu'au rejet des peaux et des membranes. Il est rare que celles-ci soient intimement mélangées aux déjections. Quant à la quantité rendue, elle est des plus variables. Chez les uns elle est à peine de la valeur d'une cuillerée à bouche ; chez d'autres au contraire, il y a abondance de sécrétion muqueuse, et l'on retrouve dans les selles, près d'un grand verre de produits inflammatoires.

Selon que ces membranes sont entières ou fragmentées, elles affectent des formes diverses. Ce sont soit de vrais cylindres, ou des tubes ayant un diamètre inférieur à celui du tube intestinal, soit des lamelles analogues à du macaroni, à des vermicelles ; certains malades croient alors avoir expulsé un morceau de muqueuse d'intestin. Le professeur Dbove a cherché à expliquer cette diminution du diamètre des cylindres

membraneux, par une rétraction due à la dessiccation. Le mucus se concrétant peu à peu et la fausse membrane se constituant par couches stratifiées, il y a absorption par la muqueuse. M. Mathieu n'est pas de cet avis. « Est-il vraisemblable, que la dessiccation de l'intestin puisse être poussée si loin ? N'est-il pas plutôt à croire, que si les tubes sont d'un diamètre si restreint, c'est qu'ils ont pris naissance, dans un segment de l'intestin contracté et revenu sur lui-même ? » (Mathieu). Or nous verrons plus loin que le spasme est constant dans le cours de la colite.

La fragmentation est-elle plus complète, on a pu prendre ces filaments pour des oxyures ? Sont-ils aplatis, rubannés, blanchâtres, assez épais, mais peu allongés, on les a confondus avec des anneaux de *tœnia*.

Enfin les muco-membranes, ne sont parfois que de fines pellicules ayant à peu près la forme, la dimension de l'ongle, et qui semblent raclées par le passage des matières fécales durcies.

Entre le type muqueux et le type membraneux, se trouvent des formes mixtes, intermédiaires ; mais ces différents produits sont de même nature, et passent d'un état à l'autre chez un malade sans qu'il y ait de cause d'irritation nouvelle.

De la forme de ces mucosités, de leur union plus ou moins intime avec les matières, peut-on conclure à une localisation dans le gros intestin où l'intestin grêle ? Nothnagel à ce sujet a écrit : « Quand le mucus prédomine dans les selles, c'est bien l'indice de l'état

catarrhal du gros intestin ; des selles solides enveloppées de mucus, appartiennent au catarrhe du côlon inférieur : des masses muqueuses, hyalines, mêlées à des fèces solides ou en purée, surtout au catarrhe du côlon supérieur ; un mélange intime de masses fécales avec de petits flocons de mucus, au catarrhe de l'extrémité supérieure du gros intestin, et de la fin de l'intestin grêle ; de petits grains muqueux, jaunâtres dans les selles, sont l'indice de la participation de l'intestin grêle au processus inflammatoire ».

Les dimensions des muco-membranes sont des plus variables. M. Raynaud a vu des bandelettes mesurant un mètre de long ; M. Wannebroucq à la Société Médicale de Lille, a montré des détritüs, de 1 m. 20 c. Langlet a présenté des pièces longues de 2 à 3 pieds, larges de 8 à 9 millimètres.

En général, la longueur des filaments oscille entre 5 et 15 centimètres.

Les peaux, les muco-membranes sont nécessaires pour caractériser la colite muco-membraneuse, mais quand celle-ci est constituée, le malade reste des semaines, des mois sans rien éliminer ; il se croit guéri, fait un écart de régime, une nouvelle crise survient, et les muco-membranes apparaissent plus abondantes que jamais. Parfois il suffit d'un lavage d'intestin pour provoquer une débâcle. Ces rechutes ne sont pas sans s'accompagner de phénomènes douloureux intenses.

Douleur. — La douleur du reste, joue un rôle important dans l'affection qui nous occupe.

De Langenhagen a distingué deux sortes de douleurs : la douleur habituelle ; la crise douloureuse.

Nous croyons pouvoir compléter cette division et mentionner : la douleur précolitique ; le paroxysme qui se voit seulement dans les cas graves.

Les phénomènes douloureux, qui sont parfois la seule manifestation du début de la colite muco-membraneuse, sont assez difficiles à décrire. Ce sont des sensations vagues légères ; une simple pesanteur de l'abdomen, une sorte de malaise continu ; puis au bout de quelques jours, la constipation s'accroît, les glaires se trouvent dans les selles. A ce degré, les malades souvent n'attachent que peu d'importance aux phénomènes abdominaux dont ils souffrent. La maladie s'installe, et autres sont les douleurs qu'ils accusent ; les uns les comparent à des coliques, à de véritables tranchées ; ou bien, disent-ils, ils ont des brûlures, des tortillements, des élancements sourds.

Leur demande-t-on de localiser le siège de leur mal, ils ne le peuvent. Pourtant, l'ombilic, la région péri-ombilicale semble être le lieu d'élection. La douleur suivrait aussi le trajet du côlon descendant, irradierait dans l'hypochondre, dans le flanc gauche ; rarement elle remonterait dans le côlon ascendant ; le transverse, par contre, est une des localisations fréquentes.

C'est en général, deux ou trois heures après les repas, que les souffrances sont les plus vives, atteignant leur acmé ; la digestion qui entraîne la congestion abdominale paraît les exaspérer. Mais d'aucuns souffrent toute la journée, alors que d'autres sont plutôt réveillés la nuit.

: Ces poussées douloureuses sont-elles fréquentes dans la colite muco-membraneuse? Elles sont avant tout irrégulières, et sont sous la dépendance de l'hygiène et du régime que suit le ou la malade. Au début rares, survenant à des intervalles assez éloignés, leur fréquence devient de plus en plus grande et en peu de temps, la crise est quotidienne; parfois, il y a plusieurs crises dans la même journée. Les douleurs précèdent les selles; quand le malade a pu sous l'influence d'un agent thérapeutique débarrasser son intestin des scybales, des mucosités qui l'encombraient, il est soulagé. Mais souvent les selles sont douloureuses; il y a du ténésme, des épreintes; parfois même ténésme vésical réflexe. Il est du reste, un fait qui rend délicat le diagnostic de la colite: nous voulons parler des irradiations de la douleur, soit à droite dans la région hépatique, soit au niveau des reins; on a pu penser aussi à des crises gastralgiques, le malade accusant surtout une gêne, une barre à l'épigastre.

Quotidiennes, si on laisse la maladie suivre son cours, les crises douloureuses s'espacent si on met en œuvre un traitement énergique. Elles reviennent toutes les semaines, tous les mois, plus rarement encore. Malheureusement, selon leur nervosisme, et selon le terrain sur lequel évolue la maladie, certains malades présentent des crises paroxystiques. Au milieu de la nuit, ils sont brusquement réveillés par une douleur constrictive atroce. Ils la comparent à « un lien qu'on leur serrerait autour du corps » (Lyon), ou encore à « un courant d'eau chaude qui leur traverserait le

corps » (Williams). Ce sont aussi des brûlures telles que les malades disent « qu'ils ont du feu qui ronge leur intestin », que « l'intestin est à vif », « qu'il est comme une rape » ou ils s'écrient que leur ventre va éclater.

Ils ne peuvent montrer le siège du mal, tout l'abdomen est endolori; la moindre pression, le poids des couvertures, suffit pour exagérer leurs souffrances; ils restent immobiles dans leur lit, n'osant faire le moindre mouvement; dans ces phases paroxystiques, l'état lipothymique peut se montrer, lipothymie due seulement à l'acuité des douleurs.

Au bout de quelques heures en général, l'accalmie survient. Elle se fait attendre dans les cas très graves des journées, des semaines. Le malade a de rares moments de répit, puis ses souffrances reprennent. Seule une débâcle avec expulsion abondante de scybales, des muco-membranes, apporte du soulagement. Le mieux se maintient un laps de temps variable; la moindre irrégularité dans le genre de vie, une stase un peu prolongée des matières dans l'intestin suffit pour amener un nouveau paroxysme. Parfois, dans les formes graves, les périodes aiguës ne peuvent être enrayées; elles laissent généralement le malade dans un état d'affaiblissement absolu.

Les symptômes que nous venons d'étudier, permettent par leurs caractères assez nets de diagnostiquer la colite muco-membraneuse. Mais à côté d'eux, viennent s'en grouper d'autres, dont la valeur est tout aussi réelle; la palpation les fournit, en renseignant et sur l'état physique des organes abdominaux et sur leur plus ou moins grande sensibilité.

Palpation. — Le meilleur moyen pour palper le gros intestin consiste à déprimer la paroi abdominale de dedans en dehors. On accroche ainsi le bord de l'intestin que l'on sent glisser rouler sous les doigts. Lorsqu'il s'échappe, on a la sensation nette d'un res-saut. Ce procédé est conseillé depuis longtemps par Glénard et Mathieu, les données en sont précises. Atonie et spasme de l'intestin, ptose partielle ou totale nous sont ainsi révélés.

L'atonie atteint non seulement la paroi abdominale, les ligaments suspenseurs des organes, mais encore la musculature même du tube intestinal. De Langenhagen a insisté sur ce dernier point. « Les anses intestinales, dit-il, sont dans un état de relâchement complet ; toute résistance, toute tonicité ont disparu de leurs parois qui paraissent amincies, et donnent presque la sensation de l'intestin qu'on palpe sur la table d'amphithéâtre. » De Langenhagen propose de donner à cette sensation le nom « d'intestin chiffon. » Si on différencie cette impression de celle que donne l'intestin distendu par des gaz, ou l'intestin qui gargouille, nous croyons qu'elle est assez difficile à retrouver.

La palpation permet encore de produire le gargouillement qui occupe parfois la totalité du gros intestin. Au niveau du côlon transverse, c'est dans certains cas un véritable clapotage qu'on a pu confondre avec celui d'un estomac dilaté. En général, c'est au cæcum que le gargouillement est le plus intense ; il est dû à la stagnation des liquides et des gaz, et on le produit

soit en déprimant les anses intestinales sur le plan profond, soit en les malaxant, ou encore par une palpation légère et à petits coups.

Enfin, grâce au même procédé d'examen, on reconnaît encore, les zones de sensibilité des organes abdominaux. La palpation profonde, en certains points presque toujours les mêmes chez les malades atteints de colite muco-membraneuse occasionne de la douleur. Elle est très vive au côlon transverse ; constante, d'intensité variable, aux fosses iliaques.

Si la musculature de l'intestin est atteinte, les ligaments suspenseurs des autres organes sont aussi en état de relâchement ; nous aurons à voir dans l'étiologie, quelle peut être l'influence de ce relâchement qui a pour conséquence la ptose, sur l'évolution de la colite muco-membraneuse.

Spasme. — S'opposant à l'atonie, seule connue et admise, pendant longtemps, il est un autre élément dont la valeur n'est plus à discuter ; nous voulons parler du spasme. Il ne relève plus de l'affaiblissement des tuniques musculaires, mais au contraire se traduit par une sensation de dureté de tension de l'intestin.

C'est Wannebrouck qui a signalé le premier, l'existence d'un resserrement du gros intestin dans la colite muco-membraneuse. Glénard a décrit la corde colique, et en a fait un signe rationnel de l'entéroptose, dont la colite ne serait du reste qu'une conséquence.

Mathieu a discuté cette interprétation ; il a montré que le resserrement du gros intestin se rencontrait

dans bien des affections intestinales ou gastro-intestinales, et qu'il était fréquent dans la colite muco-membraneuse. Il ne s'agit là que d'un spasme, d'une manifestation nerveuse, à localisation intestinale. Sous l'influence de ce spasme, le côlon se rétracte, se contracture ; son calibre se réduit au point d'atteindre le volume du doigt, et la palpation donne une sensation analogue à celle qu'on aurait en faisant rouler une corde sous le doigt. C'est la corde colique, dont l'origine est encore bien démontrée par la douleur qu'entraîne la moindre pression à son niveau.

L'intestin est-il encombré de matières au moment du spasme, sous l'influence de la dessiccation et de la pression, celles-ci se fragmentent, elles prennent la forme de billes, d'olives, et donnent la sensation d'un chapelet dont on sent les grains isolés.

Le cæcum subit aussi des modifications dans son état, alternativement volumineux, flasque, ou dur tendu, contracturé. Reste encore à se demander, si le gros intestin réagit dans sa totalité, ou si un segment plutôt qu'un autre obéit à des incitations si différentes ? Pour le professeur Potain, le cæcum est souvent rétracté ; la sensation de corde serait moins fréquente au niveau de l'S. iliaque, moins encore au niveau du côlon ascendant, et fort rare au niveau du côlon transverse qui fuit sous la main qui le palpe. La palpation du côlon transverse est en effet difficile ; mais elle est rendue plus commode par sa déformation en U en V, par son abaissement.

Deux éléments morbides si opposés, spasme et ato-

nie, peuvent-ils évoluer en même temps et atteindre le même organe? Ces états contradictoires cependant se remplacent avec grande facilité. A peu de jours d'intervalle, on peut trouver contracturée, une portion d'intestin qu'on avait auparavant rencontrée relâchée. Au même moment, on trouve un segment atonique, alors qu'un autre voisin est en état de spasme. La localisation segmentaire est fréquente; il suffit d'être prévenu du fait, de le rechercher pour en être frappé. La facilité avec laquelle, le cæcum passe d'un état à l'autre, permet quelquefois d'éviter des erreurs de diagnostic. Le cæcum contracturé par exemple, avec douleur à l'exploration, ne pourrait-il pas simuler l'appendicite chronique? Nous relaterons plus loin une observation, dans laquelle le spasme a fait croire à des accidents de sténose.

Manifestations hépatiques rénales et gastriques. —

La laxité des ligaments a encore pour conséquence l'abaissement du foie qui déborde les fausses côtes, mais dont la limite supérieure est en général au-dessous de la normale. Le foie peut être congestionné, tuméfié nous devons dire que dans la grande majorité des cas, le foie est de dimension moyenne, comme chez les dyspeptiques.

La ptose rénale se rencontre aussi chez les malades ayant de la colite muco-membraneuse. Chez les femmes même, ce déplacement du rein est presque la règle.

Quant à l'estomac, il est doublement intéressé; il y

a ptose et dilatation ; celle-ci pour de Langenhagen se rencontre dans la moitié des cas ; la ptose fréquente aussi se diagnostique par l'abaissement de la petite courbure, son étiologie n'a rien de spécial, et s'explique par l'état des ligaments.

Les malades ayant de la colite muco-membraneuse, sont toujours des dyspeptiques, et aux symptômes intestinaux déjà énumérés viennent se joindre : le gonflement, le ballonnement après les repas ; le pyrosis, les renvois gazeux, les crampes, etc... Ces phénomènes, sont-ils surajoutés accessoires, ou bien la lésion stomacale a-t-elle débuté la première, et les aliments mal élaborés par l'estomac, ont-ils provoqué, sur la muqueuse intestinale une réaction inflammatoire ? C'est à ce dernier avis que se range A. Robin : « La colite muco-membraneuse, dit-il, est dans un grand nombre de cas du moins, la manifestation ultime du retentissement intestinal d'une certaine variété de dyspepsie, et en traitant convenablement cette dyspepsie on évitera le plus souvent la colite. »

L'augmentation de l'acidité du contenu stomacal après un repas d'épreuve, traduite en Hcl libre et en acide de fermentation se rencontrerait pour Robin dans 74 pour 100 des cas de colite. Il y aurait digestion imparfaite des albuminoïdes, hypersthénie gastrique. « La colite muco-membraneuse, ajoute Robin, est un syndrome sous la dépendance d'un état gastrique hypersthénique produisant de la paralysie intestinale et de la coprostase. » Cette opinion est trop absolue. L'hyperchlorydrie se rencontre, en effet, mais

l'hypochlorydrie est tout aussi fréquente (Mathieu) (Observations III, XIV, VI, XII). Nous rapportons cinq cas avec hypochlorhydrie marquée. Gautrelet (1), a fait les mêmes constatations. Certains malades même ont un chimisme normal ou presque normal. Cela nous ramène à l'opinion de Germain Sée. « Au point de vue physiologique, dit Germain Sée, il existe, en effet, entre l'estomac et l'intestin, des rapports fonctionnels qui ne permettent pas de fractionner le tube digestif en deux organes distincts. Une véritable solidarité existe entre eux par suite d'une innervation commune, d'une motricité uniforme, de fonctions sécrétoires destinées au même but. » Rien d'étonnant donc, à ce qu'une affection intestinale surtout quand elle occupe une place aussi étendue que le côlon réagisse sur la partie supérieure du tube digestif.

Il y a donc pseudo dyspepsie avec, pour cause première, trouble dans la motricité du tube intestinal. Une preuve du retentissement de l'intestin sur l'estomac nous est donnée par ce simple fait : l'amélioration des symptômes coliques a pour conséquence une atténuation des phénomènes gastriques. Rarement par contre en soignant seulement l'estomac, en modifiant la sécrétion déviée soit dans un sens ou dans l'autre, atténue-t-on la colite muco-membraneuse.

Troubles divers réflexes. — On a signalé dans le cours de la colite muco-membraneuse des manifesta-

(1) Société de médecine et de chirurgie pratiques, 20 octobre 1898.

tions cliniques, qui n'appartiennent pas en propre à la maladie, et qu'on a considérées comme des réflexes.

Ces réflexes ont-ils pour point de départ l'intestin, l'estomac ? Oui, sans doute ; mais au point de vue pathogénique, ils ne sont pas conséquence directe de la colite. Ces phénomènes variés se montrent d'autant plus fréquemment et sont d'autant plus intenses, que le nervosisme des malades est plus accentué. Ceux-ci, en effet, ont toujours une tare nerveuse soit héréditaire, soit acquise, leur nutrition est insuffisante ; leur organisme débilité, épuisé, ne peut réagir, et répond toujours aux incitations nerveuses qui prennent bientôt le dessus. De là des manifestations localisées, soit sur la vessie, sur le cœur (Potain), sur l'appareil pulmonaire. Ainsi expliquerons-nous encore les troubles sensitifs mentionnés par Siredey et Wannebroucq. Le nervosisme, rend compte des modifications du caractère, des idées bizarres ; par l'infection, l'autointoxication, on interprète les éruptions difficiles à classer que présentent surtout les enfants (Guinon), peut-être même les cas de chorée, d'épilepsie, rapportés par Cautry. Quant à la colite, quel est son rôle ? Exagérer l'état nerveux.

FORMES. — ÉVOLUTION.

Des différents symptômes que nous venons de passer en revue, quelques-uns se rencontrent constamment dans le cours de la colite. Les autres sont plus rares, accompagnent les formes graves de la maladie. Le groupement clinique, l'intensité des diverses manifestations, permettent de créer une série de types morbides ; il n'y aurait aucun avantage à cette classification toute artificielle. Nous décrirons donc seulement trois formes principales :

Forme bénigne atténuée ; Forme commune ; Forme grave (type continu ; type à paroxysme fébrile ; type douloureux).

Forme bénigne atténuée. — La forme atténuée peut souvent passer inaperçue. Les malades n'attachent pas à la constipation l'importance qu'elle mérite. Ils ont des débâcles douloureuses, sans expulsion de peaux, mais aux matières sont mélangées des mucosités très brillantes. Ce qui les frappe surtout, c'est la fétidité des selles et la fréquence nocturne des crises. Celles-ci

ne se produisent que de temps en temps, à des intervalles espacés, sous l'influence d'une hygiène défectueuse, et ne sont qu'un épiphénomène au cours de la constipation. L'état général ne souffre pas de ces atteintes; s'il y a quelques troubles digestifs, ils s'amendent sans peine.

Chaque poussée nouvelle peut se faire attendre assez longtemps, ou bien la constipation s'installe, les selles deviennent irrégulières, perdent leurs caractères normaux. Ainsi sans que le malade s'en doute, il s'achemine vers la forme chronique et commune.

Ce premier degré est le plus facile à soigner et à guérir.

La colite muco-membraneuse est-elle constituée? le tableau clinique va changer, car à des troubles locaux s'ajouteront souvent les manifestations d'un état général mauvais.

Forme chronique commune. — Si la colite peut évoluer sur un sujet apparemment vigoureux, bien portant, en général elle apparaît chez des obèses, des gouteux, chez des femmes nerveuses, chlorotiques ou anémiques.

Le début en est insidieux; à la constipation peu rebelle de la forme précédente, succède brusquement une constipation opiniâtre. Le malade, pendant plusieurs jours, ne va pas à la selle; il est obligé, pour se débarrasser, d'avoir recours à des agents médicamenteux: il expulse, après des efforts et en souffrant, des matières noires, dures, sèches ovillées. A la suite de

cette débâcle, la constipation est plus ou moins longue à se produire, mais aux selles sont toujours mêlés des filaments cylindroïdes, des mucosités. Un peu d'anorexie, de malaise, accompagne cet état.

Si un traitement énergique n'est pas mis en vigueur, les phénomènes changent.

Il y a rarement selle naturelle, ou bien les malades ne vont à la garde-robe que tous les huit ou dix jours. Ils ressentent de vraies douleurs qui atteignent parfois une assez grande intensité. En général, trois ou quatre heures après les repas, au moment où les phénomènes digestifs sont à leur acmé, c'est une sensation de gêne dans tout l'abdomen, une douleur diffuse mal limitée. Peu à peu cette douleur se précise et se fait sentir surtout au niveau du côlon transverse, puis du côlon descendant et de l'ascendant. Ce sont des tiraillements, une sensation de déchirure de l'intestin irradiant dans les régions rénales, hépatiques, le long du cordon chez l'homme. Pendant qu'il souffre, le malade essaye en vain d'aller à la selle; enfin il évacue et éprouve un réel soulagement.

Aux matières fécales rendues, s'ajoute un élément nouveau ; les muco-membranes. Les matières présentent un caractère particulier : s'il y a des scybales, on remarque aussi des matières minces effilées, ayant à peine le calibre du doigt. Quant aux muco-membranes ce sont ou les pellicules, ou les tubes, ou les anneaux aplatis que nous avons déjà décrits. Pas ou peu de mucus qui enrobe les matières. Les muco-membranes peuvent encore à elles seules composer toute la selle ; leur expulsion est toujours très douloureuse.

Après cette crise, le malade est amélioré pour quelque temps. Il a toujours de l'endolorissement du ventre, quelques coliques, mais si la constipation est moins rebelle, sa situation est tolérable.

Ce n'est pas sans entraîner des troubles soit sympathiques, soit réflexes que les fonctions de l'intestin sont ainsi perverties. Nous avons déjà mentionné la pseudo dyspepsie des malades atteints de colite muco-membraneuse. Dans la forme commune de cette maladie, il y a toujours anorexie, langue chargée, digestion lente, pénible, flatulence.

La lassitude, l'inaptitude au travail sont aussi de règle ; le caractère se modifie, l'état névropathique déjà existant empire.

C'est à la forme commune de la colite, qu'appartiennent aussi les poussées diarrhéique et dysentérique, qui si facilement égarent le diagnostic. Nous avons insisté en étudiant la symptomatologie, sur le syndrome diarrhée, et sur ses variétés. Sa variété la plus fréquente est la fausse diarrhée ; les matières condensées, peuvent alterner avec un flux de liquide écumant, mucilagineux, mais souvent dans ce liquide qui a les apparences de la diarrhée de l'entérite catarrhale, on retrouve quelques scybales, ou encore il accompagne, précède l'élimination des cylindres, des fragments rubannés.

Expliquer les crises de dysenterie, est assez difficile. Elles alternent en général avec les poussées de colite qui semblent s'amender quand les phénomènes dysentériques prennent le dessus. Besoins fréquents d'aller à

la garde robe, ténésme, selles peu abondantes, douloureuses, glaireuses, sanguinolentes, caractérisent cet état. Pathogéniquement, faut-il faire intervenir une infection nouvelle ? Les microbes qui pullulent dans l'intestin auraient-ils acquis une virulence spéciale ? Autant de questions qu'il serait intéressant de résoudre, et qui rendraient compte de la superposition de phénomènes morbides bien différents.

FORME GRAVE. — a) *Forme continue.* — La forme grave de la colite, n'emprunte pas toujours à l'intensité d'un ou de plusieurs symptômes, son allure particulière. La durée, la ténacité des manifestations morbides, suffit pour faire de la colite une affection qui nécessite un traitement très sévère et prolongé. Dans la forme grave en effet les symptômes ne sont pas des plus accusés, mais en dépit de l'hygiène, l'amélioration ne se produit pas. Si les douleurs ne sont pas très vives, le malade n'a jamais un moment de bien-être, de calme réel ; il souffre constamment, quoi qu'il fasse. La constipation ne cède à aucun agent médicamenteux, etc'est chez le patient une préoccupation quotidienne que d'assurer l'évacuation de l'intestin. Il est facile de comprendre combien, surtout chez des nerveux, semblables conditions sont défectueuses. Le découragement s'empare des malades, ils s'exaspèrent, s'irritent, s'exagèrent leur situation et perdent tout espoir de guérison.

L'état du tube intestinal réagit d'ailleurs sur l'estomac qui ne fonctionne plus que difficilement. Dyspeptiques, les malades s'alimentent de moins en moins, ils dépé-

rissent ; leur état nerveux s'aggrave d'autant plus que la déchéance organique est à son tour plus accentuée. La neurasthénie avec toutes ses conséquences les attend et vient s'ajouter aux manifestations locales et générales déjà existantes.

b) Forme à paroxysme fébrile. — M. Mathieu, le premier, a signalé des cas où l'on observe dans le cours de la colite des poussées fébriles. La température arrive à 38°5, 39 degrés, rarement elle atteint 40.

Cette hyperthermie du reste n'est pas fréquente, elle persiste pendant une journée ; quelquefois l'accès se prolonge plusieurs jours. Il affecte alors les allures d'un accès de fièvre intermittente, revenant aux mêmes heures, et étant précédé d'un frisson.

La fièvre apparaît-elle plutôt au début de la colite ; et serait-elle l'indice d'une infection primitive ? Chez l'adulte nous ne le croyons pas. Chez l'enfant au contraire il peut y avoir, d'abord colite simple avec diarrhée, phénomènes d'auto-intoxication, puis selles muqueuses, sanguinolentes accompagnées de ténesme et peu à peu la colite se constitue,

Ce qui est certain, c'est qu'au moment des poussées fébriles, les évacuations muco-membraneuses sont plus abondantes.

c) Forme douloureuse. — Elle est heureusement assez rare. En étudiant le symptôme douleur, nous avons insisté sur la localisation, sur le caractère des souffrances. Dans la forme grave, celles-ci atteignent leur maximum. Elles sont persistantes ; souvent elles siè-

gent dans tout l'abdomen, au moment des tranchées elles sont atroces, quelques femmes les comparent aux tranchées utérines de l'accouchement. Les malades sont obligés de rester au lit, le moindre mouvement, le moindre effort exaspère leur mal.

Le ventre se ballonne, il peut être tendu, météorisé, Quand l'au faciès, il est grippé, tiré, pouvant faire croire à du péritonisme.

Souvent, alors même qu'ils sont améliorés, les malades, par crainte d'une rechute, gardent encore le lit, ils s'affaiblissent de plus en plus, et traînent ainsi pendant longtemps une existence réellement des plus tristes.

EVOLUTION. — De ce que nous avons dit dans les chapitres précédents, il résulte que la colite n'est pas une maladie à marche régulière. Elle débute brusquement, ou bien est précédée, pendant un temps variable, par des phénomènes qui n'attirent pas ou peu l'attention des malades. Le médecin lui-même, se laisse tromper par des phénomènes concomitants, et attribue à une affection stomacale, ou utérine, ou nerveuse, un ensemble pathologique assez net. A cette phase la maladie est guérissable à brève échéance.

Méconnue à cette première période, l'entéro-colite poursuit son évolution; à elle vont se joindre des troubles de toute nature. Puis la dépression nerveuse se manifeste et, suivant les sujets, suivant leurs prédispositions, la maladie va évoluer de façon différente. Plus le nervosisme sera développé, plus, c'est certain, il y

aura de chance pour voir s'installer la forme grave. Quelle variété affectera-t-elle ? Il est impossible de le prévoir, mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que sous l'influence de la colite, des désordres nerveux très graves peuvent prendre naissance, et dans un domaine plus général, on a vu les malades tomber dans un véritable état cachectique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les nombreuses recherches entreprises sur les muco-membranes ont démontré que, quelque soit l'aspect sous lequel elles se présentent, elles sont toujours la même constitution. Si leur unité histologique est reconnue, s'il est prouvé qu'elles sont toujours formées d'exsudats de mucosité, c'est en partie aux belles recherches de Laboulbène qu'on le doit. Avant Laboulbène, muco-membranes et pseudo-membranes fibreuses et croupales étaient assimilées. Le P^r Laboulbène, sépara nettement les fausses membranes des muco-membranes, et décrivit les caractères différentiels, qui permettaient de les distinguer les unes des autres en se basant sur leurs caractères microscopiques et leur structure histologique.

Les opinions du P^r Laboulbène avaient triomphé, quand, à la suite de la communication de Wannebrouck, puis de celle de M. Cornil, les discussions reprirent. « Les pseudo-membranes des muqueuses, sont formées, comme on le sait, par des filaments de fibrine, enserrant dans leurs mailles des cellules lymphatiques

plus ou moins mortifiées, et des microbes en quantité plus ou moins considérable.... Les fausses membranes des muqueuses sont toujours la manifestation d'une maladie infectieuse bactérienne. » (Cornil).

Semblables notions étaient faites pour jeter le trouble dans les esprits, et la question était à nouveau posée de savoir s'il entraît de la fibrine ou du mucus dans la composition des membranes.

Grâce aux travaux de Nothnagel, Kitagawa, Swen-Akerlund, Schmidt, etc... il est démontré que le mucus entre seul dans la constitution des membranes. C'est par l'examen histologique, et l'étude des réactions chimiques de celles-ci que les auteurs sont arrivés à définir la nature des éléments qui les forment.

Rappelons, avant d'aborder l'étude microscopique du mucus, qu'il peut, à l'état pathologique, tel qu'on le trouve dans la colite, se présenter sous différents aspects (Nothnagel) : 1° sous forme d'un enduit gris vitreux, comparable à du blanc d'œuf, ou bien trouble et blanc, qui enrobe les matières fécales solides ; 2° mélangé intimement aux matières fécales ; 3° sous forme de petits grains jaune foncé de consistance gélatineuse qui farcissent les matières ; 4° sous forme de gros lambeaux formant de véritables tubes irréguliers, ou de véritables fausses membranes qui affectent des formes variées, et peuvent être rendues soit avec les matières fécales, soit à l'état isolé.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Bien des procédés ont été proposés pour l'examen des fausses membranes, nous

ne pouvons les énumérer ici. Un des plus simples consiste à colorer la pièce par le micro-carmin; la technique en est simple : passage rapide à l'eau, en sortant de la solution d'eau salée à 2 o/o où on la conserve; après avoir étalé un fragment de la préparation sur une lame on dessèche légèrement, on remplace l'eau par une goutte de glycérine micro-carminée, on laisse 24 heures à l'abri en évitant la dessiccation, on monte et on borde enfin à la paraffine. Le mucus est légèrement jaunâtre, le reste de la préparation coloré par le carmin.

Cette coloration jaune n'a rien de caractéristique.

En se servant du réactif d'Hoyer, à base de thionine, on a l'avantage d'avoir un réactif qui donne à la mucine, et à la mucine seule, une teinte rose violet. Dans tous les examens pratiqués, on a observé sur certains points des préparations la teinte pathognomonique; les autres éléments étaient d'un bleu plus ou moins foncé.

Les manipulations qu'entraîne l'emploi de la thionine sont un peu complexes : nous allons exposer la marche à suivre telle que la conseille Hoyer. On place la coupe à examiner dans une solution aqueuse de sublimé à 5 o/o; on la laisse de 2 à 8 heures suivant son épaisseur et sa consistance. On la fait ensuite tremper dans l'alcool à 80° pendant plusieurs jours, on déshydrate avec de l'alcool absolu, puis la coupe est incluse dans la paraffine après imbibition de xylol. Elle est portée sur une plaque de mica où il faut l'étendre avec un pinceau en l'humectant d'eau ou d'une solution étendue d'alcool.

On dissout la paraffine avec du xylol, on trempe la préparation dans du chloroforme (1 à 2 minutes), puis dans l'alcool à 90°, enfin dans la solution de matière colorante où elle est laissée de 5 à 15 minutes. On lave ensuite à l'alcool concentré, à l'alcool pur, enfin on met dans du baume. La pièce montée sur la lame de mica est placée sur le verre porte-objet puis couverte.

L'examen doit être extemporané, car la décoloration se produit assez vite.

Si au lieu d'employer la thionine, on essaye la réaction de Weigert qui donne à la fibrine une teinte bleue aucune partie de la coupe ne se colore.

Fait-on usage de la solution triacide d'Ehrlich, on a une teinte verte propre au mucus, mais en aucun point des tractus rouges de tissu conjonctif.

Ces différents procédés de recherche tendent donc à prouver qu'il n'y a pas de fibrine dans les muco-membranes, mais de la mucine. Mais est-ce de la mucine vraie? Nothnagel se range à cet avis Krymuki admet qu'à la mucine est mélangé un albuminate alcalin dont il n'a pu déterminer la nature. Swen-Akerlund croit que la mucine prédomine, mais suivant les cas on peut trouver des substances albumnoïdes. Pour Schmidt, la graisse se trouverait en assez grande proportion unie à la mucine.

Nous savons maintenant que la trame essentielle de la muco-membrane est de la mucine; étudions en détail sa structure. On distingue trois éléments : une substance fondamentale mucinogène, des cellules, des microbes.

La substance fondamentale, est formée de lamelles, de fibrilles blanchâtres, opalines, s'entrecroisant, s'enchevêtrant, formant ainsi un réseau à mailles plus ou moins serrées. Parfois les lamelles se présentent en couches dont la stratification apparaît très nettement. Ce sont des trames analogues à celles que forment le tissu conjonctif.

Dans les mailles que forment les faisceaux en s'anastomosant, on trouve des éléments variés. Les cellules prédominent toujours, on en trouve en quantité abondante. Mais elles ont subi des transformations telles qu'il est parfois difficile de les reconnaître. Elles sont en « dégénérescence granuleuse » (Schmidt), ou bien leur aspect est homogène, brillant, mat; les noyaux sont à peine distincts; pour Kitagawa, il y a parfois « dégénérescence hyaline », les cellules sont plus volumineuses. Krysimaki a reconnu deux variétés de cellules : les cellules de l'épithélium intestinal, les cellules rondes.

Dans la première catégorie on trouve : des cellules cylindriques en amas ou isolées, à bords intacts; des cellules basales implantées sur le basement membrane; des cellules étroites et longues à grosses granulations à noyaux fusiformes; des cellules analogues aux cellules cylindriques mais plus grandes à granulations abondantes; des cellules analogues à celles de l'épithélium pavimenteux et provenant probablement de cellules basales; des cellules ovalaires à bords irréguliers et dérivant des cellules cylindriques.

Quant aux cellules rondes, elles seraient les unes à

grosses granulations abondantes ; les autres analogues à des globules de pus ; certaines seraient caractérisées par leur noyau volumineux.

Des cristaux de sels minéraux, de la graisse, des leucocytes plus ou moins dégénérés, des globules rouges, se reconnaissent aussi au milieu des cellules. Disons du reste que sur certaines préparations que nous avons examinées, la substance fondamentale formait un réseau si fin, à mailles si étroites que les cellules se distinguaient à peine, étant très peu nombreuses.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que les membranes soient riches en bacilles de toute sorte : Ceux-ci peuvent constituer de véritables masses. Nous avons vu en effet, que les phénomènes infectieux dénaturaient parfois l'aspect clinique de la colite, occasionnaient des crises fébriles intenses. Il est intéressant de rechercher, si des microbes spéciaux pouvant expliquer la pathogénie de cette affection se retrouvent dans l'intestin. Karsymski distingue quatre espèces de bâtonnets : des cocci longs et ovalaires ; des bactéries proprement dites ; deux espèces de champignons en filaments.

On aurait aussi remarqué des microcoques de $0\ \mu\ 8$ de long sur $0\ \mu\ 6$ de large, ayant les mêmes réactions que le bacille de Koch.

Thiercelin a différencié des diplocoques à grains arrondis, ou lancéolés, parfois auréolés qu'il nomme entérocoque. Mais ces bacilles ne se rencontreraient qu'au cours de poussées aiguës de colite, lors d'une crise dysentérique, ou paroxystique, avec phéno-

mènes fébriles. Thiercelin n'a pas vu de diplocoques dans la colite chronique.

Les coli-bacilles pullulent toujours dans l'intestin. C'est eux surtout qui forment les colonies les plus abondantes sur les membranes. Ils jouent un rôle d'irritation banale, occasionnent ces manifestations anormales qui parfois déroutent le clinicien, mais n'ont aucune importance au point de vue de la pathogénie de l'étiologie de la colite.

EXAMEN CLINIQUE. — Il ne fait que confirmer les résultats obtenus par l'examen microscopique .

Si l'on met les membranes dans l'eau, elles s'y gonflent, et s'y dissolvent en partie. L'acide acétique précipite la substance dissoute. La masse non dissoute dans l'eau se gonfle, et ne diffère en rien au microscope des membranes en masses fraîches.

Les masses muqueuses mises dans l'acide acétique se troublent, se ratatinent. La solution filtrée devient trouble par l'addition du ferrocyanure de potassium. Au microscope la substance fondamentale paraît plus striée, plus claire, la disposition en faisceaux s'accroît. C'est là un point important, démontrant bien qu'il s'agit de mucus, car le phénomène inverse se produirait si l'on faisait agir des acides sur de la fibrine. Les cellules sont plus transparentes, moins granuleuses, les noyaux plus apparents.

Mises à digérer dans une solution de fibrine acidulée par l'acide chlorhydrique, les membranes restent intactes, alors que des masses de fibrine prises

comme points de comparaison sont rapidement dissoutes.

L'alcool ratatine peu les cellules et leurs débris, davantage la substance fondamentale. Sous l'action de l'eau distillée, la membrane reprend son aspect antérieur.

Les acides minéraux faibles dissolvent les membranes en ne laissant qu'un léger résidu. La solution chauffée prend une coloration rouge brun.

Les solutions d'alcali agissent lentement sur les membranes ; chauffées suffisamment, elles dissolvent la substance fondamentale, puis le protoplasma des cellules, et donnent une coloration verte à la solution : couleur qui disparaît par l'addition d'acide acétique.

L'extrait alcoolique ou éthéré des membranes, laisse pendant l'évaporation un dépôt huileux sur les parois du vase.

Toutes ces réactions témoignent de la consistance mucinogène de la substance fondamentale. Que faut-il alors penser des observations de Gulhmann, von Litter, etc..., qui affirment avoir décelé la présence de fibrine ? Nous croyons qu'on est actuellement en droit de se demander, si ces auteurs n'ont pas assimilé à la colite muco-membraneuse, une série d'affections comme l'entérite croupale ou la colite couenneuse, bien différente de la colite vraie.

EXAMEN DE LA MUQUEUSE INTESTINALE. — Nous connaissons la structure de la muco-membrane, nous savons comment elle réagit sous l'action des princi-

paux colorants, et quelles sont ses propriétés chimiques ; nous aurons complété notre étude anatomo-pathologique, quand nous aurons cherché, si l'exsudation de mucus entraîne des lésions de la muqueuse de l'intestin. Cette étude est difficile, car rarement on a eu l'occasion de faire des autopsies de malades ayant de la colite muco-membraneuse. Dans la forme aiguë, en effet, si elle ne guérit pas, elle s'améliore, et passe à l'état chronique. Même dans les cas graves les malades succombent souvent à une maladie intercurrente et cette dernière absorbe à elle seule en général l'attention du médecin.

Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que l'état de la muqueuse dans le cours de la colite soit encore très discuté.

Tandis que pour la majorité des auteurs, il y a simplement perturbation sécrétoire, due à un processus irritatif localisé, sans altération de la muqueuse, pour quelques-uns au contraire la muqueuse est profondément lésée et même l'inflammation gagne les diverses tuniques intestinales.

Guéneau de Mussy, Maurice Reynaud admettaient la prolifération de l'épithélium puis la chute des éléments anormaux.

Cornil et Ranvier étaient partisans d'une lésion catarrhale mais ne croyaient pas que ce catarrhe fût suivi d'ulcérations même superficielles.

Au Congrès de Lille, M. Wannebrouck apporta une opinion toute nouvelle. Interprétant la description que Rilliet et Barthez ont donnée des fausses

membranes il dit : « La dénomination de grave que ces auteurs donnent à la phlegmasie, implique certainement que le processus inflammatoire avait gagné la « profondeur des tissus et dépassait les limites d'une « simple inflammation catarrhale. » M. Wannebrouck admet qu'il doit y avoir des désordres sérieux dans la vascularisation et dans la nutrition de toute l'épaisseur de la muqueuse intestinale. Il y aurait donc inflammation des divers ordres de glandes, du tissu conjonctif qui unit entre elles les tuniques, parfois de toutes les couches qui composent les parois de l'intestin, même dans certains cas, altération de la paroi.

Nous avons insisté sur l'unité de la colite, unité basée sur la structure, sur la constitution anatomique et chimique de la membrane pour ne pas accepter pareille manière de voir.

Il est certain que la muqueuse intestinale est le siège d'un processus irritatif; il y a une desquamation épithéliale, parfois légère érosion, mais l'altération n'atteint même pas la muqueuse dans toute son épaisseur. Quant aux glandes, elles sont enflammées, boursouffées, et sécrètent un mucus tenace adhérent à la ligne des pôles libres des cellules qui l'ont sécrété.

Dans une autopsie faite en 1855 Simpson trouva « la membrane muqueuse du côlon et de la partie inférieure de l'intestin grêle, parsemée d'une éruption papuleuse profonde ».

Les frères Rothman qui ont autopsié aussi deux malades morts de colite muco-membraneuse n'ont pas trouvé de lésion appréciable de l'intestin dans un cas ;

dans l'autre la muqueuse du côlon transverse était injectée plissée. Entre les plis se trouvaient des coulées blanchâtres en forme de membranes ou de tractus.

Le côlon ascendant distendu par les matières fécales était rouge, mais sans membranes.

Au niveau du côlon descendant et du rectum, il y avait des membranes, mais elles se laissaient détacher sans perte de substance.

Les membranes par leur face profonde étaient adhérentes ; les tractus muqueux enfoncés dans les embouchures dilatées des glandes, pénétraient jusqu'au niveau des culs-de-sac. Entre ceux-ci existait un certain degré de prolifération cellulaire.

La muqueuse était un peu épaissie, mais ne présentait pas d'altérations.

Edwards à l'autopsie d'un malade mort de néphrite trouva la portion ascendante du côlon tapissée de membranes et de flocons bien adhérents, de couleur jaunâtre. C'était de petits fragments de cordons arrondis formant une gelée claire. L'intestin sauf la présence de la membrane était absolument normal. Nulle apparence de colite passée. Muqueuse absolument intacte.

Les rares cas observés démontrent bien l'intégrité de la muqueuse que la stase des matières n'altère pas.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que de modifications localisées sur la face interne du gros intestin ; l'intestin grêle ne pourrait-il être lésé à son tour ? Le Pr Potain croit que rien ne s'y oppose. Si rien ne révèle la lésion, c'est que l'intestin grêle très mobile ne peut être palpé.

De même, la muqueuse est-elle atteinte sur toute son étendue ? La localisation de la douleur plus fréquente et plus aiguë au niveau du côlon transverse, des coudes du côlon semble indiquer qu'il y a en ces points un lieu d'élection. Ce n'est là qu'une hypothèse admissible sans doute.

Que faut-il penser aussi de l'existence de cette gangue, indice de réaction inflammatoire du péritoine qui, au dire du P^r Potain se retrouve si souvent le long du côlon ascendant qu'elle fixe et entoure ? Son existence, croyons-nous, est à discuter.

ETIOLOGIE

Nombreux, très nombreux même, sont les malades qui ont de la colite muco-membraneuse. A sa période de début même, cette affection passe souvent inaperçue. Bien que fréquente dans les classes aisées, on en rencontre encore pas mal de cas dans les hôpitaux.

Pour quelles raisons les gens riches sont-ils plus prédisposés que les habitants des campagnes ? C'est dans les habitudes sédentaires des riches, d'autre part dans la façon dont ils se nourrissent, qu'il faut chercher l'explication. Puis le neuro arthritisme, ce facteur si important dans l'étiologie de la colite est l'apanage des citadins. Le neuro-arthritisme trouve dans l'existence actuelle, avec toutes les complications qui y ont été introduites par les inventions modernes, dans l'atmosphère surchauffée et enfiévrée des grandes villes, les veilles, le surmenage, un aliment et des conditions de plus en plus favorables à son développement. L'élément diathésique étant transmissible, il ne faut pas nous étonner de voir les enfants avec des poussées de colite. Celle-ci au dire de différents

auteurs ne se montre pas chez eux, avant l'âge de cinq ans.

Chez l'adulte, c'est entre vingt cinq et quarante ans que l'on rencontre le plus grand nombre de cas.

Les femmes y sont c'est certain beaucoup plus sujettes que les hommes ; cela ne veut pas dire que ces derniers en soient complètement exempts. D'après Litten, la proportion serait de 80 femmes sur cent malades, de 71 pour 100 d'après de Laugenhagen. Bottentuit sur 460 malades a relevé 250 femmes, 150 hommes, 60 enfants.

Sur 624 femmes examinées, M. Mathieu a trouvé 71 colites, soit 1 pour 8. 661 hommes n'ont donné que 24 colites, soit 1 pour 19 malades. Les femmes seraient donc 4 fois plus frappées que les hommes.

Cette différence s'explique très bien. On ne peut pas dire que toutes les femmes sont forcément des nerveuses ; mais la névropathie qui joue un grand rôle dans la pathogénie de la colite prédomine chez les femmes.

La constipation que l'on retrouve à l'origine de la colite est aussi fréquente chez ces dernières.

Enfin si toutes les femmes ne présentent pas de troubles des lésions génitales, beaucoup souffrent de l'utérus ou de ses annexes ; les manifestations utéro annexielles nous le verrons, ne sont pas sans influencer l'évolution de la colite.

Reste à nous demander si la colite est héréditaire ? Certes le névrosisme sous une de ses formes, soit grave (hystérie, neurasthénie), soit en tant que sim-

ple prédisposition, est transmissible. Les nerveux font souche de nerveux. On peut donc retrouver chez les descendants, les manifestations diathésiques (colite muco membraneuse) observées chez les ascendants.

La transmission directe est-elle possible ? Vouzelle cite trois observations dues à de Largenhagen dans lesquelles des familles entières étaient atteintes de colite. Les enfants dès l'âge de cinq ans avaient présenté de la constipation avec rejet de fausses membranes. Nous avons une observation où mère et fille sont atteintes de colite à forme grave. Il y a dans ces divers cas transmission d'une prédisposition spéciale pour la colite, indépendamment de tout autre accident.

Nous avons fait jusqu'ici intervenir l'élément diathésique et montré son importance ; il n'est pas le seul agent provocateur : une alimentation trop abondante, trop irritante, peut, à la longue, occasionner la constipation, puis du fait de la stase, la colite arrive.

L'abus de certains médicaments, des purgatifs drastiques se retrouve parfois au début de la colite.

De même, on l'a vu succéder à des entérites aiguës, soit dysentériques, soit entérite des pays chauds.

La fièvre typhoïde, se rencontrerait aussi dans les antécédents du malade ; 10 fois sur 60 cas, d'après une statistique de M. Mathieu. Y a-t-il simple coïncidence, ou peut-on voir, relation de cause à effet ? La question mérite d'être posée.

Quant aux étiologies banales des anciens auteurs, il faut les abandonner.

PATHOGÉNIE.

La colite muco-membraneuse, est une manifestation locale due à la rétention, à la stase du bol fécal. Elle se traduit par une sécrétion muqueuse des glandes du gros intestin ; elle est influencée par le nervosisme, qu'elle exagère du reste à son tour.

Si on recherche en effet, les manifestations nerveuses chez les malades atteints de colite, on voit que hommes ou femmes, par exemple, ont des stigmates de grande névrose ; sensation de boules, crises de nerfs, rétrécissement du champ visuel, troubles de la sensibilité, etc...

D'autres sont des neurasthéniques avec lassitude générale, idées tristes, dépression des forces, inaptitude au travail, etc...

Enfin dans presque tous les cas, on trouve un caractère violent, impressionnable, des idées changeantes, tristes, etc...

Que cet état nerveux soit héréditaire ou acquis, qu'il soit sous la dépendance d'une cause agissant momentanément, émotions, chagrins, peu importe.

On le retrouve presque toujours ; son rôle ne peut donc être nié. Les auteurs allemands Boas, Edwald, ont insisté sur ce point, lors des discussions à la Société de Médecine interne de Berlin.

Mais comment agit l'élément nerveux ? Crée-t-il la colite ? Non certes, il ne fait que la transformer lorsqu'elle s'est développée. Sous son influence, les symptômes s'aggravent, leur intensité s'exagère, la marche de la maladie prend une allure lente et irrégulière avec crises paroxystiques ; en même temps, l'état général reçoit le contre coup. Ainsi les malades très affaiblis, déprimés, présentant des troubles réflexes, cardiaques ou pulmonaires, ou des désordres qui peuvent dissimuler la colite, ont toujours une névropathie prononcée.

Des phénomènes nerveux périphériques ne peuvent-ils pas intervenir au même titre que la névropathie générale ? C'est à cet avis que se range Gaston Lyon. Pour Lyon, il y aurait troubles d'innervation motrice et de ce fait se trouveraient expliqués, soit le spasme, soit l'atonie de l'intestin. Les spasmes ne peuvent-ils être aussi le résultat de réflexes dont le point de départ serait la muqueuse intestinale irritée par les matières accumulées ? Autant d'interprétations qui ont jusqu'à un certain point leur valeur.

A ces troubles d'innervation addominale, atteignant la motricité se joignent encore des troubles sensitifs et sécrétoires. De la sensibilité, nous n'avons rien à dire, nous étant assez étendu précédemment sur le phénomène douleur.

Quant aux troubles de sécrétion, ils sont caractérisés par une production abondante de mucus des glandes de l'intestin. Le fait a été constaté par Rolhmann, dans une autopsie au cours de laquelle il trouva une quantité extraordinaire de mucus dans les utricules glandulaires et même dans les cellules des glandes intestinales. Et cependant la colite est essentiellement caractérisée par la constipation ; les matières sont toujours dures, sèches.

Cette hypersécrétion est-elle bien d'origine nerveuse et ne peut-on pas l'expliquer autrement ? A la suite de la constipation, la muqueuse intestinale s'enflamme, s'irrite, les glandes luttent et réagissent par la production du mucus. Au niveau de la muqueuse, il y a desquamation du fait de la stase, hypergénèse, formation de nouvelles cellules qui continuent à sécréter, par une sorte de mouvement acquis. Que l'excitation disparaisse même, et les cellules hyperemiées adaptées presque à une fonction nouvelle, produiront encore du mucus. Dans l'évolution de ces différents phénomènes le système nerveux n'a pas à intervenir ; pareil processus est absolument normal et le même dans tous les organes.

Nous nous éloignons donc ici de la théorie de Mendelsohn (1) « La Pathogénie de la colite est dominée par des troubles fonctionnels de l'innervation intestinale, troubles analogues à ceux qui provoquent chez les hystériques la miction spasmodique, les vomisse-

(1) Mucous Colitis a fonctionnal Neurosis. — *Medical Record*, 30 janvier 1887.

ments incoercibles, ou la salivation, et les troubles intestinaux, une fois établis, deviennent le point de départ de futurs troubles nerveux : dépression psychique, etc... »

Pour nous, avec Mathieu, nous croyons que si les nerveux seuls sont susceptibles de devenir de grands colitiques, la colite une fois installée retentit à son tour sur la névropathie, la révèle alors qu'elle était latente, l'exagère si elle s'était déjà manifestée. Il y a donc là un cercle vicieux, et il est assez difficile à un certain moment de limiter la part qui revient à chaque élément.

Quant au rôle de l'arthritisme dans la pathogénie de la colite, comment faut-il le comprendre ? Disons tout d'abord que nous considérons les arthritiques comme des membres de la grande famille névropathique ; par cela seulement, nous expliquerons la coïncidence des maladies neuro-arthritiques (goutte, rhumatisme chronique, diabète, obésité, etc...) avec la colite muco-membraneuse. Cette coïncidence frappante est signalée par Germain Sée, Mathieu ; Malibran, Bottentuit y insistent à leur tour. De Langenhagen se rallie à cette manière de voir : « J'irai même plus loin, dit-il, je considère l'entéro-colite comme un attribut très fréquent, un stigmate de la diathèse neuro-arthritique ; à tel point que lorsqu'on aura à rechercher en clinique si un sujet est arthritique, on devrait s'enquérir de cette manifestation intestinale tout aussi bien que de la goutte, de la gravelle... »

Pour nous qui considérons les arthritiques comme

une variété de névropathes, nous expliquons sans peine par quel processus agit la diathèse neuro-arthritique. Mais bien d'autres interprétations ont été proposées. C'est ainsi que, pour Gigot-Suard, certains troubles de sécrétion intestinale, déterminant les phénomènes de colite muco-membraneuse seraient subordonnés à un état conditionnel herpétique. Wiliam, Simpson, Lebreton sont de cet avis. Lancereaux faisait aussi jouer un rôle à l'herpétisme, mais ajoutait « que des concrétions muco-membraneuses pouvaient se rencontrer dans d'autres circonstances et en particulier dans les inflammations superficielles primitives ou secondaires de la muqueuse intestinale. »

Nous citerons encore pour mémoire l'opinion de Baraduc pour qui il y aurait le plus souvent hyposécrétion : les diverses glandes de l'organisme ne sécrèteraient plus. Du fait de l'hyposécrétion des glandes intestinales, de celles du gros intestin surtout, il y aurait dessiccation extrême des matières, d'où leur stagnation ; de même le mucus privé d'éléments liquides se concrèterait pour former les muco-membranes.

Bien que nous nous soyons déjà suffisamment étendu sur le chapitre Pathogénie, et que nous ayons montré l'influence essentielle qu'a le système nerveux, nous devons mentionner l'opinion émise par Frantz Glénard, qui considère la colite muco-membraneuse comme conséquence des ptoses viscérales. Non seulement Glénard est d'accord en cela avec la majorité des auteurs, la fréquence des ptoses chez les colitiques, mais encore

il dit : « C'est alors que m'appuyant sur l'étiologie, sur une analyse plus minutieuse des symptômes subjectifs, sur l'ordre chronologique de succession des états symptomatiques chez un même malade, et enfin sur les résultats de l'épreuve thérapeutique, je proposai la doctrine de l'entéroptose, d'après laquelle la chronicité de la maladie est entretenue par le prolapsus des organes, prolapsus tantôt primitif à la suite de traumatisme ou d'effort, tantôt secondaire d'une maladie générale de la nutrition et se présentant alors comme phase de la maladie diathésique. Dans ce prolapsus, c'était le prolapsus de l'intestin qui était surtout pathogène en raison de la valeur prépondérante des symptômes et des indications tirées de l'intestin ; c'était en particulier le prolapsus du coude droit du côlon, en raison des signes objectifs certains d'obstruction cæcale, de l'extrême fréquence des symptômes subjectifs chroniques ou paroxystiques, signalés par les malades dans la région du flanc droit et de l'hypochondre droit. »

Glénard établit donc entre l'entéroptose et la colite une relation de cause à effet.

Cette opinion est certainement trop avancée, car s'il y a coexistence des deux ordres de symptômes dans les cas graves du moins d'entérite, il est encore impossible pour le moment de savoir si la colite est primitive, ou si l'entéroptose détermine tout d'abord des altérations de la muqueuse et de la musculuse de l'intestin. Sans les subordonner l'une à l'autre, il est plus simple de les considérer comme les manifestations d'un trouble nerveux.

Les ptoses peuvent cependant avoir sur l'évolution des symptômes une certaine influence. Elles jouent un double rôle en modifiant la coudure de l'intestin, en abaissant soit le foie, soit le rein ; elles facilitent l'engorgement du côlon, favorisent les compressions et ainsi viennent augmenter la tendance à la constipation, à la stase.

En outre, les organes déplacés tiraillent les filaments du plexus solaire qui les innervent ; de là ces crises douloureuses si intenses, qui surviennent à la suite d'une marche, d'un effort. Dans les ptoses très prononcées, la station debout est même impossible, le décubitus dorsal seul est tolérable.

Nous connaissons maintenant l'élément pathogénique essentiel de la colite, nous lui avons assigné la place qui lui est due ; voyons dans quel ordre se succèdent, se hiérarchisent les troubles pathologiques.

Nothnagel, Ewald, admettent deux variétés de colite :

La colite muco-membraneuse avec hypersécrétion de mucus d'origine névropathique sans lésion de la muqueuse ;

La colite muco-membraneuse, conséquence d'une inflammation légère catarrhale de cette muqueuse.

Avec Boas et Mathieu, nous n'admettons pas cette dualité.

Dans toute colite, le premier symptôme en date est la constipation ; constipation opiniâtre, rebelle, due soit à l'atonie, soit au spasme de l'intestin.

La stase des matières est dès lors engendrée, les ptoses fournissant leur appoint à la rétention.

Sous l'influence de la stase, les matières sèchent, durcissent, prennent la forme ovillée, la partie liquide étant résorbée. A la longue, la muqueuse intestinale est irritée; elle s'hyperémie, s'enflamme et sécrète du mucus, qui n'est qu'une manifestation de sa défense. Le mucus n'est pas éliminé dès sa formation; il s'organise en flocons et peu à peu tapisse la face interne de l'intestin. Si celui-ci se vide, le mucus enrobe les matières. La constipation persiste, les glandes luttent toujours, les couches de mucus se superposent en strates régulières, et la fausse membrane est formée. Est-ce du fait de l'atonie, du spasme, que le mucus n'est pas expulsé dès qu'il est produit? L'influence du spasme, sa généralisation, et sa segmentation sont évidentes.

Le spasme à la longue est vaincu, les mouvements péristaltiques réapparaissent, il y a débâcle, puis les phénomènes se reproduisent pour parcourir toujours le même cycle.

La constipation agit donc comme les excitants directs, comme certains médicaments, l'alun, le nitrate d'argent, les drastiques, etc...; elle provoque au niveau de la muqueuse une réaction inflammatoire qui se traduit par l'hypersecretion du mucus.

Le nervosisme intervient pour exagérer toutes les fonctions; mais lui-même est entretenu par les phénomènes douloureux de la colite; de là ces formes graves dont nous avons parlé, dans lesquelles les manifestations névropathiques prennent le dessus, et donnent à la maladie un caractère particulier.

Quant aux crises paroxystiques, qui viennent par-

fois troubler l'évolution normale de la colite, comment les interpréter ? De leur alternance avec des poussées congestives dans d'autres organes, on a conclu que la congestion était un facteur à faire entrer en ligne de compte au point de vue de la pathogénie. Qu'une poussée congestive se fasse dans le territoire de la circulation abdominale, et une crise intestinale plus ou moins aiguë sera déterminée. C'est là simplement une hypothèse qui a sans doute sa valeur, mais qui est loin d'être absolue.

COMPLICATIONS

Nous avons dans l'exposé symptomatique qui précède, mentionné toute une série de manifestations cliniques qui, sans être constantes et sans se montrer dans tous les cas de colite commune ne relèvent pas cependant de la seule forme grave de la maladie.

Certains phénomènes nerveux, les poussées fébriles, les hémorragies, l'occlusion intestinale, sont des manifestations rares. Elles donnent à la colite une marche, une allure spéciale, parfois particulièrement inquiétante : ils peuvent donc être considérés à juste titre comme des complications.

Les malades atteints de colite, sont toujours des nerveux. Parfois le nervosisme n'est pas augmenté ; l'état général se maintient relativement bon ; dans les formes douloureuses, continues, il est profondément altéré ; les phénomènes locaux perdent de leur importance devant l'intensité des manifestations autres. Les malades maigrissent considérablement, leur facies prend une expression spéciale, les yeux sont profondément excavés. L'anorexie est complète : les forces disparaissent.

sent, la déchéance vitale est extrême. Il n'y a plus chez les malades aucun ressort, le découragement s'empare d'eux, ils arrivent ainsi à un degré de cachexie qui fait penser à une lésion cancéreuse ou tuberculeuse. La névropathie qui déjà prédominait subit le contre-coup de cet état d'affaiblissement; elle est exaltée, une neurasthénie franche s'affirme; tristesse morale, ennui, dégoût du monde, irritabilité excessive, impressionnabilité, angoisse, sont le triste apanage de cette catégorie de malades. L'hypochondrie vraie les guette, et l'hystérie latente peut brusquement éclater.

En analysant les faits dans leur évolution, on voit que l'on se trouve pris dans un cercle dont il est difficile de sortir. Si la colite réclame un terrain prédisposé par le nervosisme, celui-ci est entretenu exagéré par la lésion intestinale, exagéré à un point tel parfois, que la névrose prend le dessus et devient une maladie nouvelle se greffant sur la colite déjà existante. Rares heureusement sont ces cas, car le médecin est bien désarmé. Le malade voudrait bien guérir mais ne se prête souvent pas ou peu au traitement dans lequel l'élément suggestif, persuasif va jouer un grand rôle.

Nous avons déjà, en étudiant les formes cliniques de colite muco-membraneuse signalé la *forme fébrile*. Ces poussées avec grande hyperthermie, n'ont pas des conséquences bien sérieuses, mais rendent le diagnostic bien incertain au début. M. Mathieu a bien vu ces cas anormaux, et depuis on les a constatés maintes fois.

La fièvre apparaît brusquement; la température atteint 39 ou 40°. En même temps il y a céphalalgie,

parfois epistaxis; la langue est saburrale, l'anorexie presque complète, le malade est brisé, anéanti. N'était la rapidité de l'invasion, on pourrait croire à une fièvre typhoïde au début. Les phénomènes généraux graves, surtout caractérisés par la perte des forces, montrent qu'on a affaire à une infection généralisée, à un envahissement de l'organisme. Quel est l'agent responsable? La flore microbienne intestinale est des plus riches; le coli bacille se trouve en abondance, dans les mucosités, son action est évidente sans être unique. L'entérocoque de Thiercelin semble être un des principaux facteurs de l'infection.

A côté de ces crises typhoïdiques, on en observe encore d'autres, dans lesquelles la température dépasse la normale, mais cependant oscille entre 38° et 38°5 sans aller au-delà. Rien dans l'état de l'intestin ne justifie cette température: souvent il y a moins de douleurs, les glaires et peaux sont rendues en quantité plus minime, malgré cela il y a amaigrissement, dépression, inaptitude au travail, manque d'énergie, les forces font défaut, le malade les sent diminuer chaque jour; ses traits tirés, grippés, son teint jaune, sont l'indice d'une intoxication lente mais réelle.

Comment expliquer ces deux états différents quant à leur manifestation, mais aboutissant à un même résultat? Il faut faire intervenir deux éléments: l'infection, l'intoxication. L'infection, il est facile de comprendre par quelle voie elle se propage. Certes la colite n'est pas primitivement du moins, une maladie infectieuse: au point de vue étiologique, les microbes ne jouent

qu'un rôle secondaire ; mais il ne faut pas oublier qu'ils pullulent dans l'intestin. A l'état normal, la muqueuse de ce dernier est saine, et l'épithélium joue son rôle protecteur ; y a-t-il colite ? il y a stase des matières, irritation par contact de cette muqueuse, d'où desquamation épithéliale. Rien n'arrête alors la pénétration des microbes par les voies sanguine et lymphatique.

L'auto-intoxication n'étonne pas davantage ; l'organisme, à la longue, s'imprègne de produits toxiques, la réaction est peu vive mais non moins progressive et sûre.

Il nous faut encore signaler les accès de fièvre survenant à n'importe quel moment de la journée, empruntant les allures des accès de fièvre intermittente. Ils sont irréguliers dans leur apparition, sont précédés de frissons, de sueurs, durent un temps variable, ne dépassant pas en général quelques heures ; ils s'accompagnent assez souvent de douleurs intestinales violentes, mais n'altèrent en rien l'état général du malade.

Il est assez difficile d'interpréter de pareils faits qui du reste ne sont pas très fréquents.

Y a-t-il de véritables *hémorragies* (Observ. VIII) intestinales dans le cours de la colite ? En général non. Cependant des observations en ont été publiées par M. le professeur Potain, par Malibrau, de Langenhagen, etc..., la quantité de sang rejeté avait atteint un demi-litre. Vouzelle, dans sa thèse, cite le cas d'un malade, qui eut une hémorragie si abondante qu'il faillit perdre la vie. On ne peut dire à quelle époque de la maladie le mœlena est le plus fréquent.

La pathogénie est assez délicate. Le P^r Potain invoque une congestion vaso-motrice de la muqueuse intestinale.

Il est possible aussi, dit de Langenhagen, que dans certains cas particuliers, l'inflammation chronique de la muqueuse puisse aboutir, si non à des ulcérations, du moins à des érosions, à des éraillures qui soient l'origine de ces hémorragies.

Pour Baraduc, l'hémorragie abondante doit faire éliminer la colite muco-membraneuse; il s'agirait d'une entérite folliculaire avec ulcérations vraies de la muqueuse.

Ne pourrait-on, étant donné le nervosisme des sujets atteints de colite, voir dans les hémorragie une manifestation de la névrose hystérique? Les hémorragies hystériques sont loin d'être rares, et nous les expliquons par des troubles vaso-moteurs qui sont extrêmement fréquents chez les névropathes. Il ne faut pas considérer comme une hémorragie vraie, l'émission d'un peu de sang rouge recouvrant les scybales. Le sang est expulsé à la fin de la selle; il est dû à des hémorrhoides, et celles-ci sont l'apanage des constipés qui nous occupent.

Les selles dysentériques, avec leurs mucosités glaireuses sanguinolentes ne peuvent simuler une hémorragie.

Il nous reste à envisager comme dernière complication, l'*obstruction intestinale* qui a été diversement interprétée. Nous en publions une observation due à l'obligeance de M. Mathieu: « Une jeune femme

« atteinte depuis longtemps de colite muco-membra-
« neuse, aurait eu un abcès dû à une salpingite. L'abcès
« fut ouvert par incision au-dessus du ligament crural.
« Sous l'influence de poussées inflammatoires et de
« séjour au lit, la constipation devint plus marquée
« que de coutume. On fit des lavages de l'intestin à
« une pression de 1 m. 50 c. Il n'y eut pas de selles
« mais production de vomissements. L'occlusion céda
« au bout de quelques jours pour reparaitre huit jours
« plus tard. On refit des lavages de l'intestin et de
« l'estomac. Les selles furent supprimées, la malade
« n'émit pas de gaz par l'anus. L'abdomen était dis-
« tendu dans sa partie moyenne, l'intolérance gastri-
« que complète. Les liquides ingérés étaient rapide-
« ment rejetés, il y avait même à vide des vomisse-
« ments bilieux. Le pouls était petit, rapide, les urines
« rares. Avec cela affaiblissement général, très grand;
« la situation devenait menaçante quand la malade fut
« montrée, au bout de 3 à 4 jours, à M. Mathieu. Le
« ventre très amaigri, était légèrement ballonné à sa
« partie moyenne, au-dessus de l'ombilic. Il paraissait
« évident de par la simple inspection que le côlon ne
« participait pas à un gonflement. Par la palpation on
« le sentait nettement contracté sur toute son étendue,
« il formait une corde facile à percevoir. Il était évident
« qu'il y avait un spasme généralisé du gros intestin,
« et ce spasme paraissait être la cause des phénomènes
« d'obstruction observés. On fit des lavages à une
« pression beaucoup moins forte, on maintint sur le
« ventre des applications chaudes, on chercha à calmer

« l'excitation du côlon par de petites piqûres de morphine, et des suppositoires belladonnés. En vingt-quatre heures on vit disparaître les vomissements et les selles reparurent ».

Le spasme du côlon seul avait entraîné l'obstruction. Ce spasme, sur lequel nous avons déjà insisté, et dont nous avons montré l'importance pour la formation de la corde colique, s'exagère sous l'influence d'une excitation trop vive ; la contracture de l'intestin peut être telle, que son calibre est réduit à l'extrême. Dans l'observation que nous venons de rapporter, la pression trop forte du liquide injecté avait été un élément suffisant pour produire le spasme total.

Semblables faits sont rares, les connaître est très utile, car cela permet d'éviter des erreurs de traitement parfois très préjudiciables au patient.

Les matières peuvent-elles s'accumuler au point de produire de l'occlusion ? C'est peu fréquent, bien que Vouzelle en ait observé un cas. Il faut vraiment une constipation bien opiniâtre, pour que les matières soient retenues en assez grande quantité.

Baraduc mentionne aussi les phénomènes d'obstruction par rétention des mucosités, des fausses membranes. Tout s'amenderait après une débâcle. Nous ne nions pas la possibilité de pareils faits, mais avec Mathieu nous les croyons exceptionnels.

LITHIASSE INTESTINALE ET COLITE

En 1876, le professeur Laboulbène publia des observations où il était question de pseudo-lithiasse intestinale : pour la première fois on parla de sable intestinal. En créant l'expression le professeur Laboulbène avait créé la maladie.

Mais c'est Mathieu qui le premier attira l'attention sur la coexistence du sable intestinal et de la colite muco-membraneuse, et montra les relations pathogéniques qui les unissait.

Peu de temps après le professeur Dieulafoy dans une de ses leçons cliniques reprenait la même question et depuis ce moment nombreuses observations ont paru signalant le même fait.

La lithiasse intestinale est caractérisée par la présence de sable, de gravier dans les selles.

Le sable est jaunâtre, très fin, pulvérulent; il peut être aussi brun; les grains sont arrondis, inégaux, sable et grains peuvent être mélangés.

Les calculs sont rares croyons-nous; leur forme, leurs dimensions sont variables; ils sont blanc-grisâtre, friables, ou au contraire noirs durs.

Par l'analyse chimique on trouve que sable et gravier sont formés en grande partie de phosphate tribasique de chaux, des oxalates de chaux. Il entre aussi dans leur

composition du carbonate de chaux, des phosphates de magnésie, des phosphates ammoniaco-magnésiens, des matières organiques (savons de chaux et graisses).

Donner la symptomatologie de la lithiase intestinale, nous paraît fort difficile. Avec Mathieu nous admettons qu'il n'y a pas de séméiologie propre à la lithiase; le sable ne cause pas de phénomènes douloureux; ceux qui précèdent l'expulsion de graviers intestinaux, appartiennent à la colite muco-membraneuse, car le sable n'est jamais évacué qu'après les fausses membranes qui le fixent, le maintiennent dans les embouchures glandulaires où il est enkysté. Quand aux manifestations abdominales, tympanisme, contraction du côlon, ne les avons-nous pas déjà signalées et identiques dans l'étude des symptômes colitiques.

Ceci revient donc à dire pour nous, que pour qu'il y ait formation de sable intestinal, il doit y avoir eu d'abord stase prolongée des matières, consécutive-ment colite muco-membraneuse. Beaucoup de sujets pourtant atteints de colite ne font pas de la gravelle intestinale, mais quand il y a lithiase, il y a à l'état aigu, ou il y a eu antérieurement colite muco-membraneuse.

Il y a donc un véritable catarrhe lithogène de l'intestin; la lithiase intestinale n'est, dirons-nous avec Mathieu, qu'une maladie inflammatoire, dont la cause première est la stase du bol fécal; du fait de cette stase, les glandes de l'intestin sont dilatées, secrètent du mucus; des cellules mortifiées, du mucus, apportent des sels de chaux qui se déposent, forment des concrè-

tions et s'enkystent dans les cavités des glandes, obturées par les fausses membranés. Il y a là un phénomène analogue à celui qui se produit dans la vésicule biliaire ou dans la vessie quand il y a catarrhe mucopurulent, les sels se précipitent, se concrètent et s'organisent en calculs.

La théorie du catarrhe lithogène suffirait donc à expliquer la genèse de la lithiasé intestinale. Cependant le professeur Dieulafoy (1) voit dans les maladies des vices de la nutrition, l'origine des graviers intestinaux. Gravelles intestinale, biliaire et rénale, comme l'obésité, ne seraient que les manifestations d'une même diathèse : l'arthritisme. Il y aurait une vraie gravelle de l'intestin ; mais on pourrait aussi, ajoute le professeur Dieulafoy invoquer un véritable catarrhe lithogène « peut-être infectieux, probablement sous la dépendance d'agents microbiens. »

La théorie inflammatoire devrait donc être rejetée au second plan. Pourtant la lecture des observations publiées, montre que c'est presque exclusivement dans l'entérite muco-membraneuse que prennent naissance les graviers intestinaux (Observ. 8, 9, 10, 11, 12.) Or, qu'est-ce au fond, que l'entérite muco-membraneuse ? N'est-ce pas une maladie inflammatoire, un vrai catarrhe muqueux ? « C'est une défense de la paroi « intestinale, à l'encontre de la stase stercorale dans « le gros intestin. Dans cette partie de l'intestin en « effet, les bols fécaux réduits à la partie non utilisable,

(1) Dieulafoy. Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1896-1897.)

« ne pourraient plus offrir à l'absorption que des sub-
« stances nuisibles. C'est pour empêcher l'absorption
« que les cryptes de la paroi secrètent abondamment
« le mucus protecteur. A l'état pathologique, par
« suite de l'inertie du muscle moteur intestinal, le
« mucus reste sur place pour s'opposer à l'absorption
« par la paroi des matériaux solubles qui se trouvent
« encore dans le bol fécal ; les cryptes de Lieberkuhn
« luttent à coups de mucus, et enveloppent les bols
« stercoraux de membranes épaissies, emportant avec
« elles les moules en relief des orifices des cavités des
« glandules. Ce sont là les conditions par excellence
« de la précipitation des phosphates ; les matières
« stercorales qui ont perdu peu à peu leur liquide par
« une série de fermentations complexes parmi les-
« quelles au premier rang la fermentation ammonia-
« cale, restent sur place, deviennent des scyables et
« acquièrent la consistance de véritables coprolithes.
« A ce moment les conditions de la précipitation des
« phosphates solubles en transit, se trouvent réalisées,
« la gravelle intestinale est constituée.

« En somme, première étape marquée par des phé-
« nomènes d'inertie du muscle moteur intestinal ame-
« nant par défense une réaction caractérisée par la
« sécrétion exagérée du mucus, puis bientôt fausses
« membranes (deuxième étape), enfin fermentations
« anormales créant le milieu voulu pour la précipita-
« tion des produits normalement solubles (troisième
« étape) » (1).

(1) Mazerau. *Rev. méd. et Chirur.* 25 septembre 1899.

LE FOIE DANS LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Le foie est rarement indemne chez les malades atteints de colite muco-membraneuse. Il présente des troubles divers dont l'interprétation varie selon les auteurs.

Glénard signale la coïncidence constante de la colite « avec des troubles fonctionnels manifestes de l'estomac et du foie, avec des signes objectifs trahissant la « mobilité des viscères abdominaux ». On trouve dans la colite, l'ensemble des phénomènes pour lesquels il a créé le terme « d'hépatisme. » Il considère même la sténose intestinale qui crée la colite comme consécutive à une viciation fonctionnelle du foie, et les excréctions pseudo-membraneuses comme une variété des troubles intestinaux causés par cette viciation hépatique.

Robin admet aussi un syndrome gastro-hépatique au cours de la colite. Il y a diminution de la tension sanguine dans le système porte ; le foie est flasque mobile, en hépatoptose plus ou moins accentuée.

On a voulu chercher aussi la cause de la colite dans

l'hyposécrétion du foie. L'atonie intestinale, la constipation qui en résulte serait créée et entretenue par l'absence ou la diminution du flux biliaire dans le tube digestif.

Germain Sée faisait dépendre de l'oligochole les excréments scybaliques de l'entérite muco-membraneuse.

Baraduc insiste sur cette hypocholie permanente, cette torpeur du foie, il en fait une fonction de la diathèse arthritique.

De Langenhagen revenant sur cette question rapporte quatre observations de malades chez qui il a remarqué nettement la décoloration des fèces survenant par intermittence pendant un temps variable au cours de la colite muco-membraneuse. « Comme
« ce trouble fonctionnel (décoloration des matières)
« n'était accompagné d'aucun ictère, ni subictère, ni
« de congestion hépatique (au contraire trois des ma-
« lades avaient plutôt le foie plus petit), ni d'aucun
« signe indiquant une affection hépatique, force est bien
« d'admettre que chez ces malades, pour une raison
« quelconque, la fonction cholagogue du foie était
« ralentie, que la bile, à certains moments, n'était plus
« sécrétée ou du moins était sécrétée en moindre quan-
« tité: il y avait acholie ou tout au moins oligo-
« cholie. »

Un autre malade arthritique renforcé, diabétique, avait des périodes d'acholie, auxquelles succédaient d'autres périodes pendant lesquelles la bile était sécrétée en très grande abondance à un point tel que les selles

n'avaient jamais leur coloration normale. La fonction biliaire était donc ou augmentée ou diminuée. De Langenhagen voit là des phénomènes relevant d'un trouble du système nerveux ; une manifestation d'un réflexe parti de l'intestin.

Si cette théorie mérite d'être soutenue, il ne faut pas oublier que certains sujets présentent de la décoloration des matières, sans avoir aucune lésion hépatique, sans que rien dans leur passé pathologique puisse expliquer pareille anomalie. Les selles blanches peuvent-elles être dues seulement à l'acholie ? On a invoqué un excès de sécrétion des graisses ; celles-ci donneraient aux matières leur coloration anormale. Nencki a fait une autre hypothèse : les matières colorantes de la bile dérivent de la bilirubine par hydratation ; la transformation de la bilirubine pourrait ne pas se produire, d'où : sécrétion de bile blanche, mais pas d'acholie.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que des faits plutôt très rares dans le cours de la colite. Il est un trouble hépatique, la lithiase biliaire, qui coïncide assez souvent avec l'entérite muco-membraneuse. Pour le P^r Potain, la fréquence est extrême ; nous croyons qu'on peut se demander si, maintes fois, on n'a pas pris du sable intestinal pour du sable biliaire ; la lithiase intestinale, commune chez les colitiques, n'ayant pas encore pris rang dans le cadre nosologique. Quoiqu'il en soit la colique hépatique peut coïncider avec des poussées de colite aiguë (Observ. 13). Le même processus qui au niveau de la muqueuse intes-

tinal produit le sable, agit au niveau de la muqueuse de la vésicule biliaire, pour la formation des calculs.

On pourrait considérer la lithiasé biliaire comme un trouble subordonné au ralentissement de la nutrition. Depuis les travaux de Gilbert et Fournier, on fait intervenir un nouvel élément : l'infection, qui entraînerait tout d'abord l'angiocholite.

Par quelle voie se ferait le transport des microbes ? Il semble qu'on ait peu à invoquer le transport par voie sanguine ; de même peut-on admettre, avec plus de raison, que les germes infectieux au niveau du coude droit du côlon, traverseraient les parois de l'organe pour se glisser le long des lymphatiques, et arriver ainsi jusqu'aux voies biliaires ?

Il vaut mieux se ranger à l'opinion du P^r Potain, pour qui les microbes, très nombreux au niveau de l'intestin, pénétreraient dans le cholédoque et de là par voie ascendante gagneraient les canalicules biliaires.

Ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que le foie, chez les colitiques, est le plus souvent abaissé, sa ptose accompagne celle des autres organes. Est-elle antérieure ou postérieure aux troubles intestinaux ? Si elle est antérieure, la ptose hépatique n'a pas un rôle essentiel ou particulier dans l'étiologie de la colite, et nous avons déjà montré l'influence des ptoses en général sur l'élément douleur et sur le nervosisme. Quant à l'abaissement du foie dans le cours de la maladie il n'est qu'une conséquence de l'amaigrissement des malades ; les parois du ventre sont affaiblies, relâchées, la sangle abdominale ne peut plus maintenir les diffé-

rents organes qui luttent contre elle, les ligaments eux-mêmes se distendent trop facilement. Les troubles fonctionnels de la glande hépatique peuvent-ils engendrer la colite ? Nous ne le pensons pas, mais ils la favorisent en facilitant la constipation, en laissant passer dans l'intestin des substances irritantes ou toxiques qui créeront un catarrhe muco-purulent.

Le foie, en outre, est rétracté dans la colite, il est petit ; mais du fait de sa ptose, il déborde les fausses côtes ; son hypertrophie coïnciderait en général avec une poussée lithiasique, dont on doit rechercher l'étiologie dans une infection surajoutée à la colite, mais entretenue par elle.

COLITE ET APPENDICITE

Les rapports de l'entérocolite et de l'appendicite, ont donné lieu à de vives controverses. Deux opinions ont été émises et discutées, soit à l'Académie de Médecine, soit à la Société Médicale des Hôpitaux, ni l'une, ni l'autre ne semble avoir encore réuni la pluralité des suffrages. Elucider nettement la pathogénie de l'appendicite, serait résoudre la question.

Le professeur Dieulafoy affirme que l'appendicite est une maladie primitive, n'étant jamais la suite, la conséquence de causes banales, c'est une entité univoque. Il nie toute relation de cause à effet entre ces deux affections ; l'une n'est jamais la suite, l'aboutissant de l'autre. Sur 7 ou 800 malades atteints de colite muco-membraneuse, aucun n'a jamais été pris d'appendicite. Dans ces cas nombreux observés, et par le professeur Potain, par M. Bottentuit et par le professeur Dieulafoy lui-même, certains malades ont été suivis à d'assez longs intervalles. Puis ajoute le professeur Dieulafoy : « On décrit des appendicites consécutives « à la grippe, des appendicites consécutives aux fièvres

« vres éruptives, des appendicites consécutives aux
« amygdalites, des appendicites consécutives aux
« entéro-colites; eh bien, je voudrais démontrer que
« dans la très grande majorité des cas, auxquels je
« viens de faire allusion, il ne s'agit pas d'appendicite,
« mais il s'agit de typhlite, ce qui est absolument
« différent. »

Le professeur Dieulafoy insiste sur les localisations au niveau du cæcum pouvant faire croire d'après le tableau symptomatique à une vraie crise appendiculaire alors que le cæcum seul est en jeu; la coexistence de ces deux affections est très rare, c'est la « très grande exception », ajoute-t-il.

Pour Talamon, au contraire, une infection localisée au cæcum, au gros intestin peut évoluer pendant longtemps avant que la localisation appendiculaire se produise. Il y a alors propagation par voie sanguine peut-être, mais surtout d'une façon beaucoup plus naturelle par pénétration directe des germes venus du cæcum à travers l'orifice appendiculaire. MM. Reclus, Lucas Championnière, Brun, Mathieu, Legendre, Walther, etc. . se rangent à cet avis.

Le cæcum du reste, n'est-il pas tout disposé pour favoriser la pullulation microbienne? Sous l'influence de la stagnation des matières à son niveau, la virulence des microbes est exaltée, ils pénètrent dans l'appendice, et l'appendicite est créée.

Le fait a été démontré expérimentalement par Beausenat. Après avoir provoqué chez des animaux par l'ingestion de viande putréfiée, une diarrhée noire et

fétide, Beaussenat trouva à l'autopsie la muqueuse cæcale rouge épaissie, avec quelques ulcérations ; l'appendice très volumineux, très vasculaire, présentait extérieurement de petits abcès qui faisaient aussi saillie sous la muqueuse.

Reclus a rapporté aussi une observation qui a la valeur d'une expérience de laboratoire. Une malade ayant pris un lavement au sublimé, présenta des phénomènes graves d'inflammation intestinale. Elle était guérie depuis huit jours quand se manifestèrent des symptômes autorisant le diagnostic d'appendicite. Celle-ci était donc logiquement sous la dépendance des lésions de l'intestin.

Si nous pénétrons maintenant dans le domaine de la clinique, les observations ne manquent pas dans lesquelles à la suite de grippe, de fièvre typhoïde, de dysenterie l'appendice s'est trouvé enflammé.

Dès 1891 Jules Simon signalait la fréquence des troubles gastro-intestinaux précédant les poussées d'appendicite.

Carron de la Carrière a insisté sur le même fait, et signalé sa grande fréquence chez les enfants.

Lucas Championnière, a donc pu dire avec raison au cours d'une discussion à l'Académie de Médecine, « qu'à côté d'un certain nombre de cas où l'appendice « est pris primitivement, il y en a un très grand nombre, où le gros intestin est d'abord longtemps malade, et encombré, avant que l'état de l'appendice ne « s'affirme de façon définitive. »

Reclus en 1897 publiait 17 cas d'appendicite au

cours de la colite ; depuis ce moment d'autres observations ont été apportées par MM. Talamon, Jala-guier, Mathieu, etc.

Vorbe (1) en a rapporté 27, Vouzelle en cite trois intéressantes dans sa Thèse.

Nous voyons encore à la Société Médicale des Hô-pitaux, MM. Comby, Siredey, Florand venir déclarer d'après leurs observations cliniques que la colite pré-dispose à l'appendicite. Moizard dit aussi : « Dans le
« cas où l'infection intestinale, origine la plus fréquente
« de lésions appendiculaires, est intense, entéro-colite,
« typhlite, appendicite forment souvent un ensemble
« pathologique, où les étapes sont parfois distinctes et
« successives, parfois contemporaines. »

Talamon affirme à son tour que « le trouble intesti-
« nal qu'on observe le plus souvent dans les antécé-
« dents des sujets atteints d'appendicite, est la colite
« muco-membraneuse. Cette colite spéciale, fait par-
« tie presque nécessaire du syndrome de l'appendicite
« chronique à rechutes. »

On la rencontrerait « 13 fois sur 16 cas d'appendi-
cite chronique, 12 fois sur 60 cas d'appendicite ai-
guë. (2) ».

Il nous semble donc impossible de nier les relations
qui unissent l'appendicite à la colite muco-membra-
neuse. Mais les rapports admis, comment les expli-
quer ?

Un des symptômes cardinaux de la colite, est la

(1) Vorbe. Thèse Lyon.

(1) Talamon. Colique appendiculaire ; Paris 1900.

constipation. Il y a formation de scybales qui encombrant le cæcum. Avec Talamon on peut admettre qu'une scybale tombe dans l'appendice et obture son orifice de dégagement.

Dans cette hypothèse, l'appendicite évoluerait d'une façon suraiguë, alors que pour Talamon lui-même et pour Brun, les manifestations appendiculaires dans la colite sont chroniques, leur évolution est traversée par des crises plus ou moins aiguës, mais l'état de souffrance abdominale est continu.

Aussi est-ce dans la propagation inflammatoire, qu'il faut chercher le processus le plus ordinaire de la colite. Ce n'est pas certes autant la colite elle-même qu'il faut incriminer, que les infections secondaires qu'elle favorise de tant de façons.

Si l'intestin s'encombre d'abord, il s'empoisonne ensuite, dit Lucas Championnière, et cette source d'infection ne tarde pas à déverser ses produits septiques en la cavité appendiculaire, si favorable elle-même, à la pullulation des germes.

L'appendicite peut-elle à son tour engendrer la colite muco-membraneuse ?

Les cas relatés sont peu nombreux, et difficiles à interpréter.

Czerny et Fenger en ont mentionné un. Vouzelle en cite un autre dû à Brun : « Après l'ouverture de deux « abcès appendiculaires dans le rectum, survint une « Entéro-colite qui guérit du reste par ablation de « l'appendice ». Il est certain qu'à la suite d'opérations, il peut y avoir engoûtment de l'intestin, épaissis-

sement de ses parois, formation de brides cicatricielles, qui immobilisent une partie du côlon, d'où stase, constipation et à la longue colite.

On peut donc affirmer que la colite a parfois pour aboutissant les poussées appendiculaires ; les manifestations sont chroniques, et correspondent toujours à une infection surajoutée.

TROUBLES UTÉRO-OVARIENS ET COLITE.

L'entérite glaireuse, dit Nomat, s'observe dans toutes les affections de l'utérus et de ses annexes, mais plus particulièrement dans la métrite et dans les phlegmasies péri-utérines. Tantôt elle est un effet direct immédiat de ces affections, tantôt elle est le résultat de la constipation qui les accompagne si fréquemment.

Siredey signale aussi certaines entérites secondaires ou de voisinage, comme celles que détermine souvent une inflammation utérine ou péri utérine, et qui donne lieu à une sécrétion glaireuse de l'intestin.

Findley et Lessen ne firent que confirmer les idées des précédents auteurs. Depuis lors, grâce aux recherches de Poirier sur les lymphatiques de l'utérus, d'ingénieuses théories furent soutenues pour démontrer l'origine inflammatoire de la colite. Celle-ci serait due à une infection à point de départ utérin ou annexiel.

⁴Ozenne et Monod se rangèrent à cet avis.

Ozenne, rapportant les observations de deux malades atteintes de colite muco-membraneuse et de lésions

utérines, ajoute : « Pendant les premiers mois de « l'affection utérine, les voies digestives étaient restées « absolument intactes, puis peu à peu les garde-robes « étaient devenues irrégulières, jusqu'au jour où la « constipation s'était régulièrement établie ».

Parlant des douleurs : « Souvent elles se montraient plus violentes aux époques menstruelles ».

Pour Fournel, non seulement l'entérite muco-membraneuse se rencontre chez des femmes présentant des lésions anatomiques de l'appareil génital, mais encore, elle se présente en l'absence de lésions anatomiques cliniquement appréciables, chez des malades ayant des troubles menstruels.

Il semble donc à première vue impossible de nier les liens étroits qui unissent les deux affections.

Du reste, l'observation est là pour montrer que dans la majorité des cas, des troubles même bénins du côté de la matrice ou des annexes coexistent avec la colite : tantôt il y a simplement irrégularité de la menstruation, parfois métrite.

Monod rapporte six observations de malades atteintes de colite muco-membraneuse chez lesquelles les symptômes accusés dans la sphère génitale avaient précédé l'apparition de phénomènes du côté de l'intestin. Il en conclut qu'il existe dans ces deux ordres de faits une relation pathogénique évidente.

Les déviations utérines, rétroflexion ou antéversion, le prolapsus de la matrice, les kystes du petit bassin, les brides péritonéales, ne sont pas sans avoir aussi une certaine influence.

Ces différents faits ont paru suffisants à Letcheff, pour admettre la subordination absolue de la colite aux troubles génitaux. Mais il y aurait pour cet auteur, chez les utérines, deux mécanismes dans la production de la colite ; celle-ci serait due : soit à une cause mécanique, soit à une cause infectieuse.

En ce qui concerne les causes mécaniques, la relation est facile à établir : par la gêne qu'elles apportent à la progression des matières, les causes mécaniques favorisent la stase, la fermentation ; la constipation est donc entretenue, et nous savons le rôle que joue cette dernière dans le développement de la colite. Que le corps, que le col de l'utérus viennent butter contre le rectum il y aura coprostase, puis à la longue altération de la muqueuse intestinale. Y a-t-il péri-mérite, salpingite ? La constipation est encore en jeu, car il n'est pas impossible que les exsudats qui entourent l'utérus apportent, dans une certaine mesure, de la gêne aux fonctions de l'intestin.

Les causes infectieuses surtout sont essentielles, au dire de Monod : « Il paraît rationnel d'admettre une propagation de l'inflammation primitive, cantonnée des organes génitaux à la portion avoisinante de l'intestin. »

Comment se fait cette propagation ? Par voie lymphatique, au dire de Letcheff. Des rapports de continuité ont été reconnus entre les lymphatiques génitaux et ceux du rectum. On admettait auparavant de simples rapports de contiguité.

Dans ces conditions, qu'il survienne une lésion in-

flammatoire de l'utérus, des annexes, il y aura adhérence intime entre les organes voisins, vessie, rectum. Les voies lymphatiques formeront ces adhérences, et sans nul doute la propagation se fera de l'un à l'autre.

Comme confirmation de cette hypothèse, Letcheff rapporte un cas où les mêmes bactéries ont été retrouvées dans les muco-membranes de l'intestin et les sécrétions utéro-vaginales.

Cette théorie paraît au premier abord logique et naturelle, et a de plus l'avantage de simplifier la pathogénie de la colite. Pourtant, si on ne peut mettre en doute la propagation inflammatoire, il est bien certain « qu'elle ne porte que sur un point relativement restreint de l'intestin, rectum ou partie inférieure du côlon descendant ; on ne voit donc pas trop comment elle pourrait engendrer une lésion étendue de l'intestin telle qu'on la trouve dans la colite muco-membraneuse » (Vouzelle). Du reste, nous avons refusé à cette dernière toute origine infectieuse.

Puis il ne serait pas exact de dire que toutes les utérines ont eu, à un certain moment, des troubles intestinaux ; bien des colitiques n'ont jamais eu aussi de manifestations utéro-annexielles. Ces exceptions se comprennent mal si la théorie de Letcheff est vraie.

Quand les deux affections coexistent chez la même malade, guérit-on forcément la colite en traitant l'affection utéro-ovarienne ? Legendre a vu la colite persister malgré la guérison de la lésion utérine.

S'il y avait relation de cause à effet, la colite ne devrait

pas guérir tant qu'il y a une manifestation du côté de l'utérus. Piogey cite des cas de guérison de colite avec persistance des troubles génitaux.

Nous croyons plutôt que par la voie lymphatique, il peut y avoir infection secondaire, poussée irritative du côté de l'intestin, mais rien de plus.

Les causes mécaniques ont plus d'importance, car elles créent la constipation ou l'exagèrent.

Cependant, il faut reconnaître et la fréquence de la colite chez les utérines, et le retentissement des lésions génitales sur l'évolution de l'affection intestinale : les paroxysmes se montrent surtout au moment des règles, à l'occasion de crises utérines. Si, avec certains, on ne veut voir là que des phénomènes congestifs qui se traduisent par de la douleur et de l'hypersécrétion de la muqueuse, on peut en invoquant un autre mécanisme expliquer comment les lésions utérines aggravent la colite. Nous savons que les colitiques sont toutes des nerveuses, quelques-unes de grandes nerveuses. D'autre part, il est reconnu que les lésions génitales, par des réflexes mal expliqués encore, agissent sur le système nerveux général et sur le tube digestif. A l'incitation nerveuse donc, la muqueuse répondra par une exagération de sa fonction, d'où mucus sécrété en excès, crises paroxystiques si la colite est déjà en évolution, poussée subaiguë si l'intestin est un lieu de moindre résistance.

Les observations de malades présentant des affections utéro-annexielles, avec de la colite muco-membraneuse

ne manquent pas ; nous tenons à en rapporter quelques-unes qui nous semblent intéressantes :

M^{me} L. F... Pas d'antécédents. A eu de gros ennuis. Souffre de la matrice, salpingite à gauche. Est sujette à la constipation, rend des glaires, des mucosités, des peaux. Les matières sont dures, sèches, parfois ce sont des cordons aplatis et étendus. Sensation de brûlures à l'intestin, d'arrachement. A parfois des crises très douloureuses, avec sensibilité abdominale très grande ; la température monte alors le soir à 39° et l'accès fébrile revient le soir pendant 3 ou 4 jours. La malade garde souvent le lit et maigrit. Une saison à Plombières ne lui a pas réussi.

Y a-t-il un rapport entre les poussées fébriles et la salpingite, ou la fièvre coïncide-t-elle avec une infection intestinale surajoutée ?

Mme B... a été opérée en 1893 d'hystérectomie vaginale. Depuis ce moment est très constipée, a des douleurs dans l'hypochondre droit. Les matières sont dures, ovillées en boule. Rend parfois des glaires en quantité. A vu des membranes dans les selles. Mme B... très nerveuse souffre de l'estomac d'une façon constante, est très constipée. Les selles rares, sont précédées de crises douloureuses violentes, qui sont calmées par le rejet de fausses membranes ; la malade rend du reste beaucoup de glaires, de mucosités, de peaux. Il y a de la sensibilité à la pression au niveau de l'ombilic. La corde colique ascendante est nette.

La malade suit un régime (lait, potage, œufs), fait de grands lavages d'intestin, et est améliorée.

On l'opère d'un kyste congénital suppuré du petit bassin, ayant occasionné une forte ascension thermique (40°). Depuis ce moment elle n'a plus eu de manifestations de colite muco-membraneuse.

Mme d'E... Périmérite, abcès ouvert par le rectum. N'avait jamais eu auparavant de troubles des fonctions intestinales. Depuis ce moment a de la constipation. Rend toutes les 4 ou 5 semaines des glaires et des peaux.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic de la colite est en général très simple
« et n'offre de difficultés qu'au moment des crises dou-
« loureuses paroxystiques, qu'il faut une certaine ha-
« bitude pour ne pas confondre avec des accidents de
« lithiasé biliaire, ou d'obstruction intestinale. Il faut
« encore se garder d'une autre cause d'erreur qui con-
« siste à prendre l'effet pour la cause, et les phéno-
« mènes concomitants pour la partie principale du
« tableau clinique » (de Langenhagen).

Cette opinion nous semble un peu avancée. Elle est vraie si le médecin a affaire à une colite franche avec rejet de peaux, mais dans la période de début, il faut une observation assez fine pour reconnaître la maladie.

D'abord quand commence la colite? La constipation même rebelle, ne suffit pas pour affirmer celle-ci; elle n'est qu'un symptôme, le premier en date il est vrai. Le rejet de mucus, enrobant les matières, ne permet pas davantage de poser le diagnostic.

Pour qu'un malade ait de la colite vraie, il doit être

un constipé chronique, et évacuer des membranes ; les phénomènes douloureux, ne sont qu'un élément de plus, mais ils peuvent au besoin faire défaut, et la maladie n'en est pas moins constituée.

Les membranes assez faciles à reconnaître semble-t-il ont cependant prêté à la confusion.

On les a prises pour des oxyures, des ascarides (Debove), des fragments de tœnia, des membranes d'hydalides. Parfois même on les a confondues avec des fragments alimentaires mal digérés, des morceaux de tendon, etc. On a voulu voir encore en elles des fragments de muqueuse d'intestin. L'erreur est facile à éviter, nous semble-t-il, par un examen direct, attentif et, en cas d'hésitation, l'examen microscopique tranchera les doutes. Nous savons comment sont composées les membranes, nous ne redirons donc pas quels sont les éléments pathologiques qui serviront de base au diagnostic.

Considérant les membranes comme la caractéristique de la colite, nous ne confondrons pas celle-ci avec l'entérite catarrhale, avec l'entérite chronique. Cette dernière du reste s'annonce par une diarrhée tenace et rebelle, des selles fétides mêlées, il est vrai, de filaments blancs, mais simplement muco-glaireux. Il n'y a pas lieu de voir dans ce flux la fausse diarrhée qui survient dans le cours de la colite muco-membraneuse, car les scybales font défaut.

L'entérite tuberculeuse avec constipation opiniâtre ne peut donner lieu à des méprises, car les lambeaux expulsés appartiennent à la muqueuse intestinale

ulcérée. Les phénomènes généraux prennent du reste une importance énorme, et la recherche des bacilles de Koch résoud la question.

La dysenterie a parfois pour conséquence la colite muco-membraneuse. Celle-ci est alors secondaire. Il faut savoir la dépister quand se montrent ses symptômes. Dans la période de début, les malades se présentent plusieurs fois à la garde-robe et évacuent, à la suite d'efforts de contraction, des matières analogues à du frai de grenouille, teintées de sang, auxquelles sont mêlées de minces pellicules de petits lambeaux charnus. Sous l'influence du traitement, les phénomènes s'amendent, mais les selles ne reviennent pas régulières, les matières sont ovillées, ou filées, entourées d'abord de mucus, puis on constate des membranes de dimension variable. C'est alors de la colite, et si on examine les membranes au microscope, on verra que leur trame est formée de mucus, alors qu'à la première période la fibrine en était l'élément essentiel.

De même il faut savoir interpréter les poussées dysentériques survenant dans le cours de la colite et enlevant à la maladie primitive ses caractères propres.

Il semble au premier abord qu'on ne peut pas confondre la colite avec le cancer de l'intestin, c'est pourtant là un diagnostic délicat (Observ. XIV). Comme la colite, en effet, le cancer se caractérise par de la constipation, de la déformation des matières, des phénomènes douloureux, des sécrétions muco-membraneuses.

Y a-t-il cancer, les symptômes évoluent plus lentement que de la colite. La constipation ne s'établit pas d'emblée. Les débâcles diarrhéiques sont plus fréquentes. Progressivement les matières changent de forme, ce n'est qu'au bout d'un laps de temps assez long qu'elles deviennent rubanées, effilées et elles ne retournent jamais à leur état normal.

Les sécrétions sont souvent sanguinolentes, les membranes typiques rares, jamais en couches stratifiées, et on peut reconnaître au microscope leur nature cancéreuse.

Les sécrétions sont souvent sanguinolentes, les membranes typiques rares, jamais en couches stratifiées, et on peut reconnaître au microscope leur nature cancéreuse.

Les douleurs ont une intensité variable, mais vont toujours en progressant à mesure que le néoplasme se développe ; leur siège est plutôt localisé, mais il peut, y avoir des irradiations dans le périnée, dans les cuisses.

L'examen du ventre donne des renseignements importants, la sensation de la tumeur fait le diagnostic ; en outre au-dessus de l'obstacle, l'intestin est parfois dilaté ; par la percussion cette dilatation se perçoit bien. Bouveret, en amont du point rétréci, a signalé la formation d'ondes péristaltiques. Le néoplasme siège-t-il au rectum, le diagnostic se simplifie, et le toucher met fin aux hésitations.

La cachexie progressive, l'existence de ganglions inguinaux, complètera le tableau du carcinome. Que

voyons-nous dans la colite ? Les symptômes se manifestent d'emblée parfois très intenses, mais ils régressent aussi plus ou moins rapidement. Le calibre de l'intestin se modifie ; parfois, c'est un seul segment. Parfois c'est le côlon tout entier qui se contracture, sous l'influence d'un spasme, mais cet état spasmodique peut être de courte durée, et l'intestin reprend son calibre normal. La palpation de l'abdomen est négative, s'il y a une corde cæcale, sa localisation nette la fait reconnaître. La conservation de l'état général, l'absence de ganglions, l'examen microscopique des selles feront éliminer une tumeur maligne.

Le cancer de l'intestin n'est pas le seul auquel on ait pu songer dans les cas de colite grave. « Il n'est
« point exceptionnel, dit le Professeur Potain d'hésiter
« entre la colite et le cancer de l'estomac, tout bizarre
« que cela paraisse ; les troubles digestifs, la tumé-
« faction de l'épigastre, la teinte jaune paille peuvent
« en imposer. Un purgatif évacuateur en déterminant
« l'expulsion des muco-membranes, permet alors le
« plus souvent de tranquilliser la famille. La dé-
« chéance vitale est parfois si prononcée qu'on ne peut
« s'empêcher de penser à la tuberculose ».

Les crises douloureuses, par leur fréquence, par leur intensité dans la colite, prêtent encore à la confusion, et il faut savoir rapporter à leur véritable cause les sensations qu'accusent les malades ; si la douleur siège au côlon transverse, il y a grande similitude avec les crises gastriques.

Chauffard, à la Société médicale des hôpitaux, a insisté

sur les difficultés que peut présenter le diagnostic, entre la lithiasé biliaire, sans ictère, la colite vésiculaire, et la colite muco-membraneuse.

« La localisation sous-hépatique de la douleur, sa
« survenance par crises paroxystiques peuvent tromper,
« si l'examen des fèces, la constatation des débâcles
« glaireuses et membraneuses coïncidant avec les crises
« douloureuses, ne révélaient le siège réel de la mala-
« die.

« Je crois, ajoute Chauffard, qu'il s'agit de localisa-
« tion de la colite au niveau du coude droit du côlon.
« Il m'a même paru dans quelques cas de ce genre,
« que le coude droit du côlon était en même temps
« prolabé ».

La lithiasé biliaire peut alterner avec les poussées d'entérite ; on peut voir de la congestion du foie avec ictère hyperthermie, évoluer en même temps que la colite. Comment, au milieu de manifestations si différentes, faire la part qui revient à chacun des états morbides.

La confusion est moins facile avec la colique néphrétique. Vouzelle, dans sa Thèse relate le cas d'un malade « saturnin avéré, avec liseré » qui présentait une crise douloureuse paroxystique ; comme ce malade avait eu déjà de la colite muco-membraneuse le diagnostic était très discutable. La débâcle terminale permit de résoudre la question en faveur de la colite.

L'existence d'un boudin cæcal, fait parfois penser non à l'appendicite vraie, mais à la crise pseudo-appendiculaire. Le diagnostic est alors épineux, appendicite et colite pouvant exister chez le même malade.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'appendicite à début brusque solennel, avec poussée fébrile, phénomènes généraux graves d'emblée. Ce qui nous intéresse, c'est l'appendicite latente à récidives avec température moyenne, pas ou peu de réaction.

Le point de Mac-Burney, est-il une localisation maxima de la douleur. L'appendicite est plus probable ; l'état intestinal du malade sans constipation antérieure, un peu de fièvre, des vomissements, de l'empâtement cæcal, confirment le diagnostic qui sera plus certain encore s'il y a une manifestation péritonéale.

Le professeur Dieulafoy, attache une grande importance à la contracture de la paroi abdominale ; à la défense musculaire dès le moindre attouchement. Ce signe manque dans la colite. La palpation est douloureuse, c'est certain, mais le ventre est souple, se laisse déprimer et l'hyperesthésie musculaire n'existe jamais.

TRAITEMENT

« On ne peut pas du moins pour les formes graves
« de la colite, faire connaître des médications et des
« formules d'un succès certain. Cependant depuis que
« certains éléments physiologiques de la maladie ont
« été mieux mis en lumière, de nouvelles méthodes ont
« été proposées, et si on ne peut formuler un traite-
« ment susceptible de guérir sûrement, on peut du
« moins indiquer ce qu'il est logique de faire dans
« l'état actuel de nos connaissances avec le moins de
« chances de nuire et le plus de chances d'obtenir
« sinon la guérison du moins une amélioration sen-
« sible ». (Mathieu.)

Dans son degré le plus léger, l'entérite muco-membraneuse peut passer facilement inaperçue; c'est cependant un élément morbide qu'il ne faut pas laisser s'accroître sous peine de voir devenir très rebelle un état que des soins hâtifs peuvent faire facilement disparaître.

Les troubles occasionnés par la colite muco-mem-

braneuse sont de divers ordres ; la thérapeutique doit remplir des indications variées.

D'après la séméiologie et l'étiologie telles que nous les avons exposées, il faut :

1° Lutter contre la constipation ; 2° faire l'antisepsie du gros intestin ; 3° combattre l'inflammation de la muqueuse du côlon ; 4° combattre les phénomènes douloureux ; 5° soigner l'état général.

1° *Lutter contre la constipation.* — C'est de la constipation que découlent les troubles ultérieurs, il faut donc avant tout chercher à combattre l'encombrement intestinal. Baos et Von Noorden ont fait jouer un rôle essentiel à l'alimentation. Il est certain que rendre les matières excrémentielles le moins irritantes que possible, peut suffire dans les cas légers. Mais que la muqueuse de l'intestin ait eu le temps de réagir par une inflammation mucinogène, que les muco-membranes par leur forme traduisent l'existence du spasme du côlon, il faudra alors avoir recours aux agents thérapeutiques dont nous allons discuter la valeur.

Nous éliminons d'emblée les purgatifs drastiques : ils exciteraient davantage encore un intestin déjà excité, et à une débâcle, succéderait de la constipation opiniâtre avec un excès de sécrétion.

Dans les cas bénins, les moyens assez simples peuvent réussir, tels que : l'absorption d'un verre d'eau froide le matin à jeun, ou l'application de compresses froides sur l'abdomen. L'eau froide lutterait contre l'atonie du système musculaire intestinal.

A un degré plus élevé, il faudra avoir recours aux laxatifs deux tels que : poudre de réglisse composée, ou le mélange

Magnésie	} aâ (quantité voulue).
Crème de tartre	
Soufre précipité	

que l'on fera prendre par cuillerées à café le matin à jeun, le malade tant lui-même sa susceptibilité intestinale.

Le podophylin, l'évonymin, le cascara, le tamar ont aussi donné de bons résultats. Il faut avant tout être éclectique, le purgatif de choix est celui qui provoque une selle sans accidents ou coliques. « On trouvera « aussi avantage à administrer le mercure comme laxatif, soit sous forme de pilules bleues de calomel, ainsi « que le recommandait Blondeau, soit sous forme de « solution de bichlorure de mercure ainsi que le veut « lait H. Guéneau de Mussy. On en donnera alors deux « fois par jour 2 à 3 gouttes d'une solution au centième » (Potain) (1).

Germain Sée (2) recommandait les feuilles de séné. « A doses modérées, 1 à 2 grammes, elles déterminent « des évacuations gazeuses, et après 5 à 6 heures, des « selles puriformes, sans coliques concomitantes. A « dose de 2 à 4 grammes, elles ont toute leur puissance « purgative, sans amener de vraie congestion intestinale ». Il associait au séné l'hydrastis canadensis dont

(1) Potain. *Semaine médicale*, 31 août 1887.

(2) G. Sée. *Bulletin médical*, 1893.

les effets reposent surtout sur une excitation des centres vaso-moteurs d'où contraction énergique des vaisseaux avec élévation de la tension sanguine.

Extrait alcoolique d'hydrastis canadensis. 2 à 3 gr.

Folioles de sené lavées à l'alcool..... 6 gr.

Pour faire 30 pilules.

Dans les cas graves avec douleurs, dans les formes chroniques, le laxatif qui réussit le mieux est l'huile de ricin. Il faut donner l'huile de ricin à petites doses, par cuillerées à café, mais ne pas craindre d'en prolonger l'usage.

Pour Fleiner, le lavement huileux serait le remède par excellence de la constipation spasmodique. Dans les parties inférieures de l'intestin, l'huile protégerait la muqueuse contre le contact irritant des scybales indurées; dans les parties supérieures, elle subirait une véritable digestion et sa décomposition donnerait lieu à des produits d'action laxative. La dose d'huile employée est de 4 à 500 grammes; il faut de 15 à 20 minutes pour faire pénétrer cette quantité dans l'intestin. Est-il nécessaire d'avoir recours à de plus fortes doses d'huile? Nous ne le croyons pas. Avec la dose que nous avons indiquée, on obtient au bout de quelques heures une évacuation suffisante, mais il faut plusieurs jours pour que le gros intestin soit complètement vidé.

L'entéroclyse a aussi son indication dans le traitement de la colite muco-membraneuse; nous y reviendrons à propos de l'antisepsie colique. Nous disons entéroclyse et non lavement, car ces derniers émoussent

la sensibilité de la muqueuse, suppriment à la longue le besoin de la défécation, et de ce fait exagèrent l'atonie intestinale au lieu de la faire cesser.

Si les purgatifs salins ont quelquefois leur indication et cela quand il y a des débâcles nombreuses, de la fausse diarrhée, des signes d'auto-intoxication avec gros foie, leur emploi cependant ne doit pas être prolongé. Les cures salines, eau de Carabana, sel de Carlsbad, ont un inconvénient : c'est qu'il est très difficile après elles d'obtenir la régularité des selles sans avoir recours à de nouveaux laxatifs.

Pour terminer, nous mentionnerons les bons effets de la belladone.

Nous avons vu de nombreux malades dont la constipation avait cédé après un traitement dont l'huile de ricin et la belladone avaient fait les seuls frais. La belladone se donne en pilules de 1 centigramme de poudre et 1 centigramme d'extrait. On commence par deux pilules par jour, et s'il n'y a pas d'intolérance on donne jusqu'à 8 pilules.

Comment agit ce médicament ? On connaît l'action de la belladone sur les fibres lisses : c'est un antispasmodique, et c'est à ce titre qu'il agit.

Certains auteurs sont partisans du massage et de l'électricité ; ils conseillent ces moyens mécaniques même dans les phases aiguës de la maladie et en pleine période douloureuse. Il est vrai qu'ils insistent sur les procédés de douceur. « On doit agir très progressivement, de manière à vaincre par la persuasion pour ainsi dire la résistance des fibres contracturées. » (Vouzelle).

Nous préférons réserver le massage et l'électricité pour les périodes d'accalmie, de mieux relatif.

2° *Antisepsie du gros intestin.* — L'infection intestinale ne joue pas un rôle prépondérant dans la pathogénie de la colite. Elle donne à certaines formes un caractère particulier, elle n'est qu'un élément morbide surajouté. Les conséquences de l'auto-intoxication intestinale sont trop démontrées pour que nous insistions sur l'importance qu'il y a à atténuer le plus possible ces phénomènes d'infection.

Nous avons peu à dire sur les antiseptiques donnés par la voie buccale. Considérés tout d'abord comme d'une efficacité absolue dans bien des cas, leur utilité ne paraît plus que très douteuse à l'heure actuelle. Le naphtol, le benzo-naphtol, le salol, le betol, etc., n'ont pas à leur actif une guérison avérée dans des cas de colite muco-membraneuse intense.

Cautain, puis MM. A. Lesage et Dauriac, A. de Guersich ont successivement appelé l'attention des médecins sur les bénéfices que retirent les malades des grands lavages de l'intestin. Ils ont montré que non seulement on pouvait irriguer tout le gros intestin, mais encore qu'il était possible de faire pénétrer le liquide dans l'intestin grêle grâce à une pression suffisante.

Le fait seul d'arriver jusqu'à la valvule iléo-cæcale suffit, puisque les lésions de l'entéro-colite sont localisées au gros intestin. C'est par les lavages, par l'entéroclyse, que l'on pourra le mieux croyons-nous, entraver les fermentations intestinales.

Le lavage du côlon sera fait avec de l'eau bouillie portée à une température de 38 à 40°. Le malade devra se servir d'une canule en caoutchouc, qu'il fera pénétrer assez profondément dans l'intestin, en ayant soin de rester couché, et de placer le récipient à 40 centimètres au maximum au-dessus du lit.

Nous insistons sur ce dernier point, car il ne faut pas oublier que l'intestin peut être contracturé au moment du lavage ; une pression trop forte, loin de vaincre le spasme, ne ferait que l'accentuer ou même le provoquerait dans le cas où il y aurait atonie momentanée. Bien des malades ne sont pas soulagés par les lavages qui ne se conforment pas à ces prescriptions. Le peu de pression du liquide fait au contraire qu'il ne pénètre que très lentement, sans violence ; il arrive ainsi à vaincre le spasme, quand bien même l'intestin est transformé en corde. Même ainsi ordonné le lavage est douloureux au début ; aussi faut-il, pour ne pas décourager le malade, l'engager à ne laisser passer les premières fois qu'un demi-litre d'eau. On arrivera ainsi progressivement à faire tolérer au côlon un litre et demi et deux litres de liquide.

L'eau à la température de 38° à 40°, n'est pas antiseptique, aussi a-t-on proposé bien des solutions : Dujardin-Beaumetz conseillait l'eau naphtolée à 0 gr. 35 p. 1000, ou l'eau iodée à 10 gr. p. 1000, Contani se servait du tannin à 3 p. 1000. Le lavage à l'eau boriquée à 30 p. 1000 est irritant, aussi doit-on préférer l'eau bouillie, ou l'additionner de 5 gr. de biborate de soude par litre, « ce n'est pas que nous concédions au

biborate à faible dose surtout une grande efficacité antiseptique, c'est beaucoup plutôt à titre d'alcalin que nous le ferions intervenir » (Matthieu).

Comme décongestionnant de la muqueuse, Bourget (de Lausanne) a essayé l'ichtyol ; l'ichtyolate d'ammoniaque à 1/5 à la dose de deux cuillerées à bouche par litre, donne des résultats satisfaisants.

Chéron a vanté l'acide picrique qui modifierait promptement les épithéliums altérés.

Charrin emploie comme modificateur des tissus le nitrate d'argent à 0 gr. 20 pour un litre ; c'est un moyen qu'il faut réserver pour les cas graves de colite aiguë, avec poussées dysentériques. L'hamaméline a parfois bien réussi à Mathieu.

Les lavages doivent être faits quotidiennement pendant un laps de temps variable, puis on les espace de plus en plus, mais le malade ne devra jamais les arrêter d'une façon absolue.

En portant sur tout le trajet de l'intestin qui est en quelque sorte baigné, un liquide chaud contenant des substances modificatrices, on calme l'irritation de la muqueuse et de la musculature coliques. On modère aussi l'élément spasmodique, et en évitant la concrétion de la mucine, on empêche la formation des fausses membranes, l'action médicamenteuse joue-t-elle un rôle bien important, ou le contact prolongé d'un liquide tiède émollient, entre-t-il seul en jeu ?

Le lavage de l'intestin joue donc dans le traitement de la colite un rôle assez important. Son usage appartient surtout à la forme grave, et correspond à plu-

sieurs indications : Evacuer les matières et les fausses membranes accumulées dans le gros intestin ; lutter contre les infections secondaires ; calmer le catarrhe mucinogène ; calmer les douleurs.

4° *Douleurs.* — Si intenses que soient les phénomènes douloureux dans la colite, il est rare que le médecin soit obligé d'avoir recours à l'injection de morphine ; il doit autant que possible l'éviter, car celle-ci a le grave inconvénient de favoriser la constipation. Il vaut mieux au moment des paroxysmes douloureux avoir recours aux suppositoires à la belladone à la jusquiame. Les applications d'eau de pavot chaude, les grands bains chauds sont aussi utiles.

Germain Sée a préconisé l'extrait gras de Cannabis indica. Il le donnait à la dose de 3 centigrammes dans la journée.

La codéine est aussi un bon sédatif de la douleur, et ne constipe pas. Mathieu prescrit :

Codéine.....	0 g. 20 cent.
Eau de laurier cerise.....	25 gr.
Eau distillée.....	75 gr.

Ne pas donner plus de six à sept cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

On ne peut dire à laquelle de ces préparations il faut donner la préférence. Il faut faire un essai nouveau dans chaque cas particulier, car souvent le traitement local qui amènera une débacle pourra seul atténuer les souffrances.

5° *Soigner l'état général.* — Les malades atteints de colite, sont en général des nerveux ; leur nervosisme est encore exagéré par l'état de leur tube digestif. Modifier le terrain, relever les forces, doit donc être une des préoccupations du médecin.

L'hydrothérapie est indiquée chez les colitiques ; on pourra la remplacer au besoin par l'enveloppement froid. Aux sujets déprimés, faibles, conviendra la douche froide ; ceux qui présentent surtout des phénomènes d'irritabilité nerveuse, des douleurs abdominales, seront améliorés par la douche tiède.

Comme il y a souvent entéroptose, le port de la sangle abdominale de Glénard procurera du soulagement.

Enfin, il y aura même avantage à faire sortir de leur milieu habituel certains malades que des soucis, des chagrins ont conduit peu à peu à la neurasthénie. L'isolement améliorera l'état général, et l'intestin s'en ressentira. Les médicaments anti-nervins, peuvent-ils aider à rétablir l'équilibre du système nerveux ? D'aucuns se trouvent bien du valérianate d'ammoniaque à la dose de deux cuillerées à café par jour. Les bromures peuvent procurer du calme, mais ils sont très irritants, mal tolérés par l'estomac.

Cet organe n'est jamais ou rarement indemne chez les malades atteints de colite muco-membraneuse. Ceux-ci sont presque toujours des dyspeptiques, et rentrent dans la catégorie « des sensitivo-moteurs » de Mathieu. Leur dyspepsie à quel type chimique qu'elle appartienne doit être soignée : comme elle n'est en

général que la réaction de l'intestin sur la partie supérieure du tube digestif, l'estomac ira mieux, quand les fonctions de l'intestin auront repris leur cours régulier. Malgré cette corrélation, il est indispensable de parer aux conséquences des viciations du chimisme gastrique, et d'exciter la motricité de l'estomac, si souvent ralentie.

L'alimentation on le comprend jouera un grand rôle, et il faudra nourrir le malade de façon à ce que les matières excrémentielles soient aussi peu irritantes que possible. De ce fait on bannira de l'alimentation : les mets épicés, crudités, sauces, crustacés, etc...

Pour éviter les fermentations qui augmenteraient la tendance à l'auto-intoxication on se gardera des gibiers faisandés, charcuterie, graisses.

Comme boissons, le vin pris de façon modérée peut être autorisé.

Dans certains cas, les boissons chaudes (thé léger, tilleul, etc.) seront de bons stimulants de l'estomac.

Au moment des paroxysmes douloureux, dans les poussées dysentériques, dans les cas de colite typhoïdique le lait formera la base de l'alimentation et procurera un soulagement très marqué.

Combinaison un régime qui entretienne l'intégrité, la vitalité des organes et des muscles, tout en ne donnant pas trop de résidus solides mécaniquement irritables est chose assez difficile. Le régime ne sera pas débilitant si le malade veut faire entrer le lait et les œufs pour une grande part dans son alimentation. Il pourra y joindre des bouillies aux farines d'avoine, d'orge,

d'arow-root, des viandes rôties, grillées très finement divisées, les cervelles, riz de veau, etc...

Les légumes verts devraient être favorables pour combattre la constipation ; mais s'ils sont bien tolérés dans certains cas, dans les formes graves les bénéfices de l'alimentation végétale sont plus douteux; dans certaines formes chroniques elle n'est pas tolérée du tout. Il faut alors avoir recours aux purées de légumes secs, et on ne reviendra que peu à peu à l'alimentation mixte.

Ayant en sa possession une médication suffisante, le médecin est à même de soulager son malade. Le guérir d'une façon définitive est chose rare ; la colite muco-membraneuse récidive souvent, et les rechutes se produisent parfois après de longues périodes d'intégrité parfaite de la santé.

A la gravité du cas, à la forme de la maladie doivent s'adapter les agents thérapeutiques que nous avons énumérés.

Est-ce une entérocolite avec expulsion de membranes rare, une simple modification du régime, la suppression de mets irritants, des laxatifs légers (huile de ricin, suppositoires à la glycérine, absorption le matin à jeun de graines de psyllium, de graines de lin) feront disparaître la constipation.

On engagera le malade à se présenter quotidiennement à la même heure à la garde robe ; on pourra lui conseiller aussi l'exercice après les repas, le massage abdominal. Dans ces formes, la guérison peut être

obtenue, car les symptômes ne sont pas au complet, et n'ont pas grande persistance.

Malheureusement le médecin ne voit pas en général les malades atteints à ce premier degré. C'est l'apparition des phénomènes douloureux, la constipation opiniâtre, l'expulsion des mucosités et des fausses membranes, qui font qu'on songe à traiter l'entérite muco-membraneuse. A cette période, le régime doit être sévère ; le lait, les potages, les œufs, les viandes grillées ou rôties, seront seuls permis. On combattra activement la constipation par l'huile de ricin, l'entéroclyse.

La constipation est-elle très intense, c'est au grand lavement huileux, qu'il faut avoir recours, en le faisant alterner avec le lavage d'intestin ; en même temps on donnera la belladone à dose de 3 à 6 centigrammes par jour.

Y a-t-il des poussées dysentériques : régime lacté absolu : au point de vue local, les lavages au nitrate d'argent donneront des résultats satisfaisants. Comme la douleur est alors constante et intense, on l'atténuera par les applications chaudes, les grands bains, les potions à la codéine, ou à l'extrait gras de cannabis indica.

La cure thermale par les eaux de Plombières, Chatel-Guyon, Luxeuil, sera un complément indispensable d'un traitement sérieux.

Enfin dans les formes graves rebelles, il ne faudra pas oublier de combattre les troubles nerveux d'origine neurasthénique. Les agents externes surtout ont de

l'influence sur ces manifestations de l'état général. Les douches, les frictions alcoolisées au gant de crin, l'électricité, le massage, seront des adjuvants tout aussi favorables que des préparations toniques variées.

Il faudra aussi soustraire les malades à leurs ennuis, leur imposer une vie calme, du repos physique et intellectuel, et agir sur leur moral qui les prédispose à exagérer une situation grave, c'est certain, mais heureusement presque jamais désespérée.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I

Mme P... Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Très nerveuse. Violente, impressionnable. Pleure facilement. Idées tristes fréquentes. La malade n'a jamais eu de crises de nerfs, mais est très affectée par son état qui dure depuis fort longtemps.

Hygiène, toujours satisfaisante; pas d'éthylisme.

Il y a 15 ans la malade a eu sans causes appréciables, dit-elle, de grandes crises diarrhéiques; elle avait plusieurs selles abondantes dans la journée et elle a rendu plusieurs fois des glaires. Depuis elle est constipée.

Actuellement les selles sont irrégulières; tantôt la malade ne rend que des matières ovillées dures, sèches, tantôt elle a des débauches diarrhéiques auxquelles succèdent des périodes de constipation. La région cæcale est assez douloureuse à la palpation.

Depuis 6 ans quelques malaises après les repas; lourdeur, somnolence, congestion de la face, sensation de poids, se barre à l'épigastre.

(1) Les observations suivantes ont été recueillies par nous, à l'hôpital Andral, dans le service de M. Mathieu, ou rédigées d'après ses notes personnelles.

L'estomac n'est pas dilaté. Le rein droit est descendu au 2^e degré.

Traitement : Régime avec viandes blanches, poissons bouillis. Œufs.

Boissons chaudes en mangeant.

Après les repas 25 gouttes de teintures

Gentiane.	} aâ.
Colombo.	

En cas de douleur, potion à la codéine.

Faire le matin un grand lavage d'intestin.

Malgré ce traitement la malade souffre beaucoup du côté droit, le cylindre cæco-colique est très marqué.

Au bout d'un mois la malade rend après un lavage des peaux assez longues et des mucosités. Les lavages sont douloureux ; la sensibilité de la fosse iliaque droite et de la région cæcale persiste. Le cæcum est volumineux.

Pas de point de Mac-Burney.

La malade est mise au traitement suivant : Deux pilules de Belladone (0 gr. 01 cent.) par jour ; application d'eau de pavots chaude. Deux lavages d'intestin seulement par semaine. Une cuillerée à café d'huile de ricin le matin.

Les lavages ont été tolérés. Les matières sont redevenues presque normales ; parfois elles sont petites, filées, parfois aussi elles sont mélangées à des peaux.

La douleur dans la fosse iliaque persiste, mais est moins vive.

On continue la belladone, mais on essaye à nouveau les grands lavages quotidiens. Ils sont tolérés ; la malade rend des matières très dures jaunâtres, des peaux et des mucosités.

La corde colique ascendante est toujours très marquée, mais n'est plus sensible.

Les phénomènes nerveux étant très accentués on donne du

Valerianate d'ammoniaque, à la dose de deux cuillerées à café par jour.

L'amélioration au bout de quinze jours de traitement était sensible.

OBSERVATION II

Mme de B. Pas d'antécédents soit héréditaires soit personnels. Bonne santé jusqu'en 1890.

A cette époque la malade a l'influenza avec surtout des manifestations gastriques ; en 1892 mêmes malaises et consécutivement se montrent des phénomènes d'atonie gastro intestinale. L'appétit est diminué, il est irrégulier, variable. La constipation s'établit. La malade ne supporte pas les corps gras et ne peut forcer son appétit. L'amaigrissement est rapide.

Jusqu'en octobre 1898, l'état est resté le même, toujours une légère constipation. En octobre la malade a été prise de cholérine qu'on a arrêtée facilement. Au bout de 8 jours, sans raison bien appréciable, rechute, qui nécessite un repos au lit de 15 jours. Grâce au traitement, le mieux persiste, mais il y a toujours de l'atonie de l'estomac. Les troubles intestinaux depuis ce moment sont réguliers, mais peu fréquents. Tous les mois pendant quelques jours petite poussée de diarrhée durant quelques jours, et la malade remarque alors des peaux dans les matières. La malade prend alors du tannigéné, de la pancréatine ; la diarrhée est calmée momentanément mais reparaît peu après, les peaux se retrouvent tous les jours dans les selles.

Pour la première fois, la malade éprouve en allant à la garde robe des douleurs très intenses, localisées dans les hypo-

chondres, les selles sont solides. Les glaires sont expulsées les premières, puis les peaux et les matières ; celles-ci du reste sont de plus en plus filées, rubannées.

La malade est examinée par M. Mathieu :

La corde colique ascendante est très nette, mais non douloureuse.

Rein droit descendu au 2^e degré.

Point épigastrique léger.

Traitement : Alimentation légère, prendre des boissons chaudes aux repas.

Faire tous les jours un grand lavage d'intestin avec de l'eau à 38 ou 40°.

Appliquer sur l'abdomen des compresses d'eau de pavot chaude.

Prendre une heure après chaque repas 25 gouttes de teinture de gentiane, additionnée de 3 gouttes Hcl.

Malgré ce traitement, la malade a continué à évacuer beaucoup de glaires et de peaux.

Elle est alors allée faire une saison à Plombières.

Les selles depuis lors ne sont pas absolument normales ; mais il y a un mieux très sensible. Il n'y a plus que des traces de peaux et de glaires, mais les matières sont encore parfois très pelées.

OBSERVATION III

Mme B..., 27 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. A eu de la colite aiguë il y a 13 ans, au moment de l'apparition de ses premières règles.

Très nerveuse, impressionnable ; a des crises de larmes fréquentes, souvent des idées tristes.

Pas d'excès d'alimentation ; pas d'alcoolisme.

Après les repas, une heure ou deux environ, a des régurgitations d'un liquide fileux mais très acide. Au niveau du creux épigastrique, pesanteur, étouffement, sensation de poids. En même temps brûlures, et renvois d'air bruyants.

L'appétit est conservé.

Analyse du suc gastrique : Repas d'Ewald, pas de lavage préalable.

A = 1,022 — T = 255. — H = 29. — C = 139. — H + C = 168.
— F = 87.

La malade est constipée depuis longtemps ; ne va pas à la selle normalement, et doit prendre d'une façon régulière un laxatif. Avant de se présenter à la garde-robe, douleurs fortes au niveau du côlon transverse. Les matières sont dures, sèches, ovillées ; parfois les selles sont composées uniquement de peaux et de glaires ; les peaux sont surtout abondantes après les lavements. Le côlon ascendant, la fosse iliaque droite sont sensibles à la palpation.

OBSERVATION IV

Mlle L..., 38 ans.

Antécédents héréditaires : Père a souffert de l'estomac.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 10 ans. Tousse depuis l'âge de 14 ans.

Pas d'excès d'alimentation ; pas d'éthylisme.

Mais la malade a pris beaucoup de créosote.

Depuis l'âge de 17 ans : tiraillements d'estomac, ballonnement épigastrique, bouffées congestives.

Depuis 5 ans, 2 ou 3 heures après les repas, douleurs à crier,

débutant dans le bas-ventre, irradiant dans l'épigastre où elles donnent la sensation d'une barre, et de là remontent jusqu'à la gorge. Ces phénomènes durent une heure et ne sont pas suivis de vomissements, ils viennent d'une façon intermittente.

Analyse du suc gastrique : Repas d'Ewald, pas de lavage préalable.

A = 160. — T = 313. — H = 21. — C = 132. — H + C = 153.
— F = 160.

La malade est constipée, elle va difficilement à la selle. Parfois douleurs en se présentant à la garde-robe. Peaux et glaires mélangées aux matières. Les peaux se montrent par intermittence, elles sont plus nombreuses, leur expulsion est précédée de douleurs plus vives quand les troubles gastriques sont plus accentués. Boudin cæcal douloureux à la palpation.

OBSERVATION V

Mme H., 46 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Très nerveuse, a eu des crises de nerfs à la suite de chagrins.

Pas d'excès d'alimentation, mais marche mal. Pas d'alcoolisme. Après beaucoup de quinquina, de fer, de bromure.

La malade souffre de l'estomac depuis 12 ans. Le matin au réveil la bouche pâteuse, une soif vive. Elle mange de bon appétit, mais 2 heures après les repas elle a des maux de tête, des étourdissements ; le ventre est ballonné, en même temps renvois nombreux. Pas de vomissements. En général ne s'endort que vers une heure du matin. Le sommeil est léger souvent troublé de cauchemars.

Analyse du suc gastrique : Repas d'Ewald, sans lavage préalable.

$A = 105 - T = 259 - H = 11 - C = 143 - H + C = 154.$
 $F = 105.$

On est en présence d'une hypochlorhydrie nette.

La malade est en même temps très constipée. Elle ne va à la selle que par des lavements ; les matières sont dures, sèches, en billes ; parfois aplaties ou filées. Les selles ne sont pas douloureuses mais contiennent des glaires en quantité. On donne de la magnésie, le sulfate de soude, qui ne corrigent pas la constipation : on essaye alors l'huile de ricin et les lavements tièdes. Les lavements font rendre des glaires et beaucoup de peau.

La malade est perdue de vue, puis revient consulter au bout de quelques mois. Après une période de mieux, elle a été prise de douleurs intenses en allant à la selle, le côlon transverse, le côlon descendant sont très sensibles. Les phénomènes gastriques persistent.

OBSERVATION VI.

Mme L. P..., 52 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Nerveuse, impressionnable. — Autrefois sujette à des migraines.

A toujours souffert de l'estomac. Après les repas, surtout celui de midi, elle est gonflée, ballonnée. Obligée de desserrer ses vêtements, a de la somnolence, de la congestion de la face. Pas de douleurs vives à l'estomac, mais sensation de gêne, de poids au creux épigastrique. Renvois nombreux.

Analyse du suc gastrique : Repas d'Elwad pas de lavage préalable.

$A = 135$. — $H = 29$. $C = 138$. — $H \times C = 167$. — $T = 260$. — $F = 100$.

Malade constipée depuis longtemps. Expulse avec les matières des glaires et des peaux. Parfois évacue des peaux seules. Cependant pas de douleurs intestinales, mais le boudin cæcal et la corde sigmoïde rectale se perçoivent nettement.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M. TRIBOULET).

Mlle X...., âgée de 20 ans. Père mort bacillaire. A été atteinte de tuberculose osseuse (coxalgie ancienne, guérie par ankylose). Pas de localisations pulmonaires.

Pas d'antécédents gastro-intestinaux, à part de la constipation habituelle, et de longue date.

En août 1899, la malade fut atteinte d'entérite à allures dysentériques. Le médecin qui la vit alors, impressionné par l'existence de plusieurs cas de dysenterie sporadique dans la région, posa le diagnostic de dysentérie. Le diagnostic ne fut pas affirmé d'une façon absolue, car aux selles glaireuses et membraneuses succéda, pendant quelques jours, un flux sanguin qui fit songer à l'existence d'hémorroïdes internes. On institua un traitement diététique et on fit pratiquer des lavages au permanganate de potasse. Ceux-ci ne furent pas tolérés, et comme ils provoquaient de vives douleurs la malade dut les cesser.

Pendant le mois de septembre, rien à part des muco-mem-

branes et du sang dans les selles d'une façon intermittente; le sang était de plus en plus abondant, vers la fin de septembre et dès les premiers jours d'octobre. Vers le 15 octobre je fus appelé à voir la malade.

L'état général s'est peu modifié, la malade n'a pas sensiblement maigri; le teint est pâle, la langue chargée, blanchâtre, l'appétit à peu près conservé, la soif est assez vive.

A l'examen physique de l'abdomen, on constate que le ventre a conservé son apparence presque normale : le météorisme y est peu marqué, et assez bien localisé vers la fosse iliaque droite, et vers la région de l'hypochondre gauche. La première fois que j'examinai la malade, il me fut possible de constater au niveau du cæcum la présence d'une masse résistante qui diminua après une purgation légère à l'huile de ricin et qui finit par disparaître après un nouveau purgatif. C'est d'ailleurs en ce point, comme vers la corde gauche du côlon, que se localise le maximum de douleur à la pression.

En dehors de ces signes physiques de médiocre importance, la maladie se trouva constituée par une succession de crises à peu près toutes semblables entre elles, et qui se reproduisirent pendant près de deux mois. Voici le tableau de ces crises tel qu'il nous fut donné de l'observer.

Plusieurs fois (de deux à cinq fois) dans les vingt-quatre heures, la nuit aussi bien que le jour, la malade est prise de phénomènes douloureux sous forme de coliques violentes avec tendances syncopales, nausées, vomissements à deux ou trois reprises dans le cours de la maladie. Ces crises douloureuses durent quelques minutes à l'état aigu et laissent ordinairement un endolorissement prononcé de l'abdomen. Ces crises s'accompagnent ordinairement, ou sont rapidement suivies d'un

besoin impérieux d'aller à la selle, et la malade rejette des matières muco-glaireuses en quantité très variable, au milieu d'un flux sanguin plus ou moins abondant. Ce sang peut être noir digéré, mélangé à la masse glaireuse ou composé de caillots distincts, mous, ou plus ou moins consistants; ou bien ce sang est au contraire rouge, rutilant, aéré, spumeux, et le plus souvent, c'est en présence de ces deux variétés qu'on se trouve : quelques caillots noirâtres disséminés sur une nappe liquide rouge vermeil. Ce que nous devons noter, c'est avant tout la quantité de sang rejeté par la malade. On peut estimer à la valeur d'un quart, d'un demi-verre même, la quantité de sang contenue dans certaines selles, et cela parfois à deux reprises dans les vingt-quatre heures.

Or cet état de choses, observé par moi à partir du 16 octobre, avait déjà commencé dans une certaine mesure depuis la fin d'août, puisque à dix ou douze reprises, en septembre et au début d'octobre, la malade avait eu des selles sanglantes se poursuivait de la façon suivante : du 16 octobre au 10 novembre il y eut chaque jour, deux ou trois fois dans la journée, rejet de matières muco glaireuses sanguinolentes avec petits caillots noirs dilués, et une ou deux de ces selles sanglantes qui viennent de nous servir de type de description.

Spontanément ou sous l'influence du traitement belladonné à assez forte dose (20 centigrammes en 24 heures) avec purgations légères à l'huile de ricin, il y eut diminution puis cessation de la sécrétion glaireuse et du suintement sanguin. Cette guérison apparente, se maintint sept jours, puis matières sanguinolentes, caillots et sang reparurent. Avec des alternatives presque régulièrement intermittentes d'un jour sur deux, les

hémorragies intestinales se maintinrent à peu près aussi abondantes jusqu'au 24 novembre.

A ce moment, sur les indications de M. le docteur Mathieu, on fit des lavages au nitrate d'argent qui en quelques jours modifièrent assez la muqueuse, pour qu'à partir du 8 au 10 décembre le rejet des matières glaireuses devint la seule manifestation anormale, le sang ayant rapidement diminué pour disparaître définitivement à partir du 15 décembre.

OBSERVATION VIII

M^{me} L... Pas d'antécédents héréditaires. A eu la fièvre typhoïde il y a 10 ans. Très nerveuse, très impressionnable crises de larmes. Jamais crises de nerfs.

A la suite d'une opération abdominale, est restée constipée pendant 17 jours. Les accidents intestinaux caractérisés par la constipation débutèrent 1 an après.

La malade remarqua à ce moment dans les selles des glaires en quantité assez abondante ; en même temps, quelques petites membranes tachées de sang ; d'autres membranes étaient rubannées. Souvent fausses envies d'aller à la garde-robe.

A la suite d'une selle douloureuse, la malade a reconnu dans les matières, un produit analogue à du sable. La corde colique est légèrement sensible, serrée, perceptible sur toute l'étendue du côlon.

Côlon transverse est perçu à 3 travers de doigts sous l'ombilic.

On sent dans l'S iliaque des scybales ovillées.

Traitement. — Régime n° 1. Huile de ricin un jour, non

l'autre. Grands lavages d'intestin avec un litre d'eau additionnée de 5 gr. de biborate de soude.

Applications chaudes sur l'abdomen.

La malade a fait son traitement d'une façon régulière. Les lavements n'étaient tolérés que difficilement, et provoquaient l'issue de peaux ; plusieurs fois la malade a reconnu du sable fin, de couleur jaune brunâtre. Malgré cela, mieux sensible.

Traitement. — Continuer les lavages. Prendre matin et soir une pilule de belladone de 0,01 centigr.

A la suite d'une cure à Plombières, la malade s'est crue guérie, elle allait tout à fait bien.

Deux mois après son retour, elle a été prise d'accidents plus intenses qu'autrefois. Les douleurs sont parfois atroces, chaque selle contient parfois la moitié d'un grand verre de peaux ; celles-ci sont longues en filaments ressemblant à des ténias. Peu de mucus ; quand les peaux expulsées sont abondantes, on retrouve aussi du sable ; la quantité rendue est variable.

La palpation de la fosse iliaque droite est très sensible ; il y a une douleur cæcale à 1 centimètre au-dessous du point de Mac Burney.

Les envies d'uriner, d'aller à la garde-robe sont fréquentes.

La malade est obligée de garder le lit. Elle est très déprimée, n'a pas de fièvre.

L'état nerveux s'exaspère. La malade est démontée, découragée, croit qu'elle ne guérira pas. Elle dort mal, accuse de la céphalalgie, surtout dans la région de la nuque, une douleur au niveau du sacrum.

Traitement. — Grands lavages. Applications chaudes. Suppositoires à la belladone, à l'extrait thébaïque.

Malgré cela encore des peaux, mais moins volumineuses.

Moins de coliques, du ténesme vésical fort gênant.
A l'examen direct on ne trouve aucune lésion rectale.
Par le toucher vaginal, on trouve un col porté en arrière.
On ajoute au traitement du valérianate d'ammoniaque.

OBSERVATION IX

Mme C..., 40 ans. Très nerveuse, violente. Crises de nerfs avec perte de connaissance.

Sujette à la constipation depuis fort longtemps.

De 18 à 20 ans, la malade a rendu fréquemment des membranes longues, prises pour le tœnia.

Depuis lors, toujours des selles irrégulières, en général pas ou peu de coliques ou de douleurs intestinales au moment des selles. Celles-ci sont parfois glaireuses et membraneuses de façon exclusive. Dans les périodes de crises, des poussées dysentériques alternent avec la constipation.

Les matières sont en billes, dures, sèches.

Une saison à Chatel-Guyon en 1895 a amélioré l'état de l'intestin.

L'année suivante, pendant une nouvelle cure, la malade a expulsé deux fois avec des peaux, du sable jaune-brun mêlé à de petits graviers ; elle en a ainsi rendu la valeur d'une cuillerée à bouche.

L'état est actuellement stationnaire depuis 4 à 5 ans, mais il n'y a plus eu expulsion de sable.

Le ventre est dépressible, flasque. Le boudin cæcal marqué ; parfois douleurs après le repas au niveau du cæcum.

OBSERVATION X

Mme L... Nervosisme très marqué. Bonne santé en général, mais toujours sujette à la constipation.

A été soignée pour une métrite, il y a 7 ou 8 ans. Depuis lors la constipation est devenue plus intense.

A eu pour la première fois à cette époque des glaires et des peaux dans ses selles ; celles-ci étaient même précédées de coliques. Actuellement la malade rend des peaux longues de 10 centimètres, plus ou moins larges. Tantôt ce sont des tubes ou bien de gros filaments.

Les coliques sont permanentes, plus vives cependant avant les selles.

Les peaux apparaissent irrégulièrement par crises, avec maximum de douleurs. Après les crises la malade trouve des glaires ou des fragments analogues à du blanc d'œuf cuit, teinté de sang. Plusieurs fois elle a nettement remarqué une poussière fine, analogue à du sable, avec des grains un peu plus volumineux recouvrant les peaux ou glaires. La malade n'a pu apprécier la quantité expulsée chaque fois.

La corde colique est dure sur toute son étendue, douloureuse à la palpation ; on sent des scybales dans l'S iliaque.

OBSERVATION XI.

Mme W... Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis quelques années, phénomènes de neurasthénie nets. Céphalée, vertiges, lassitude, gros chagrins, ennuis de famille.

La malade, du reste, est portée à tout exagérer.

A la suite de vives préoccupations, a commencé à souffrir de l'intestin ; jamais de phénomènes gastriques.

La constipation s'est installée peu à peu, alternant avec la diarrhée.

De temps en temps poussées dysentérieformes, avec des glaires et des peaux ; en même temps, douleurs vives au niveau de l'hypochondre droit.

La constipation devient permanente ; les glaires et les peaux se retrouvent dans toutes les selles, mêlées à des matières filées sèches. La malade éprouve constamment une sensation de chaleur sur le trajet du gros intestin.

La corde colique est douloureuse, surtout au niveau de l'angle droit du côlon.

Traitement. — Régime n° 2. — Boissons chaudes. Grands lavages de l'intestin. Huile de ricin le matin. Applications chaudes sur l'abdomen. Potions froides.

Au bout d'un mois de traitement, les glaires et peaux ont diminué.

La corde colique est moins marquée.

La malade fait alors une saison à Vichy.

La constipation, qui semblait avoir cédé, s'installe à nouveau ; les peaux et les glaires sont aussi abondantes qu'au début ; la malade remarque aussi dans ses selles du sable, l'expulsion de sable serait assez fréquente, coïncidant seulement avec les crises colitiques.

OBSERVATION XII

Mlle V... 40 ans. Antécédents héréditaires. Nuls. Pas de maladies antérieures. Vers solitaire de 13 à 19 ans. A eu quatre

enfants. Depuis l'âge de 30 ans, modification du caractère ; la malade est devenue violente, impressionable ; elle a des crises de larmes fréquentes ; souvent céphalée en casque, vertiges, lassitude extrême le matin. Sommeil du reste agité. Cauchemars.

La sensibilité est normale des deux côtés. Pas de zones hystérogènes. Pas d'éthylisme. Depuis l'âge de 20 ans fait une alimentation spéciale et très légère.

Pendant qu'elle avait le ver solitaire, la malade a pris beaucoup de médicaments. C'est à cette époque qu'elle fait remonter les premiers troubles gastriques consistant en brûlures, sensation de pesanteur dès qu'elle avait pris le moindre aliment ; les brûlures étaient très vives et revenaient après le déjeuner et le dîner. Elle avait en même temps des renvois bruyants et revenant en séries. La nuit et le matin la malade rendait une cuillerée à café d'un liquide lie de vin, d'odeur putride.

Depuis le début des phénomènes gastriques, la malade est constipée. Jamais de selles naturelles ; les drastiques seuls les provoquaient. Les selles n'étaient pas douloureuses, et n'étaient pas précédées de coliques. Les matières, étaient en boules, sèches, et contenaient souvent des peaux, des membranes blanchâtres. Jamais de glaires. Par moment la constipation était opiniâtre. Cet état un gastro-intestinal qui a duré quinze ans.

Il y a 5 ans, la malade a eu du mérycisme, et elle croit, en outre, actuellement avoir une plaie de l'estomac, la sensibilité de ce dernier est extrême. L'amaigrissement est très notable. L'état nerveux empire ; la malade s'inquiète, se croit très gravement atteinte, est persuadée qu'elle ne guérira pas.

La constipation persiste, mais a été améliorée par des lavements à la glycérine. La malade a trouvé du sable dans ses matières. Le rejet de sable n'a pas provoqué de douleurs particulières, coliques ou ténésme ; pas de phénomènes précurseurs. La lithiasc intestinale s'est manifestée pendant trois semaines. Les matières sont jaunes, ce sont des scybales. Depuis plusieurs mois, la malade accuse des douleurs très vives dans l'hypochondre droit ; la corde colique ascendante est douloureuse.

Traitement par des lavages d'intestin, l'huile de ricin, la belladone, et un régime diététique sévère, les phénomènes de colite se sont très amendés.

La malade, à l'heure actuelle, n'a plus que des troubles gastriques d'origine neurasthénique.

Une analyse de son suc gastrique faite alors que l'appareil gastro-intestinal ne fonctionnait que très mal a donné les résultats suivants :

$A = 1,277 - T = 284 - H = 22 = C = 102 - H + C = 124.$
 $F = 120.$

OBSERVATION XIII

Mme B... 32 ans. Père, mère morts tuberculeux. Deux sœurs très nerveuses. Toujours chétive. A neuf ans a eu la fièvre muqueuse ; à 18 ans la fièvre typhoïde. Mariée à 19 ans, a trois grossesses à peu d'intervalle.

Très nerveuse. Impressionnable. Pleure facilement ; a des idées tristes ; très lasse le matin en se levant. Points douloureux disséminés. Perd la mémoire des noms depuis 18 mois. Pas de stigmates d'hystérie.

La malade souffre de l'estomac depuis l'âge de 6 ans ; à cette époque elle était déjà constipée et restait parfois 4 à 5 jours sans aller à la selle. On lui donnait souvent des purgatifs ou des lavements ; elle avait facilement des coliques, le ventre était gros, ballonné.

A 13 ans est rentrée au couvent où elle a eu de violentes douleurs d'estomac (sensation de plaie à vif, de brûlures). La constipation était toujours tenace. Les matières étaient généralement dures, sèches ; il n'y avait jamais de peaux ni de glaires.

A la suite de préoccupations à l'âge de 18 ans, la malade a sa première crise intestinale, se traduisant par des douleurs très vives, une sensation de tortillement, de barre au niveau du côlon ascendant et du transverse ; la crise dure une heure environ, et les souffrances sont exagérées par la position debout ; quand le mieux se manifeste la malade rend de nombreux gaz par l'anus. Un purgatif amène une débacle de scybales, de matières ovillées, ni peaux, ni glaires.

Pendant la première grossesse, les phénomènes s'amendent. L'état est satisfaisant. Elle est enceinte une seconde fois, elle supportait bien son état, quand à la suite de la maladie d'un enfant, les maux d'estomac reviennent, et après une crise plus vive que les autres la malade a un vomissement bilieux ; en même temps vive surexcitation nerveuse. La malade se soigne d'une façon plus ou moins sérieuse, et en 1894 on lui ordonne pour combattre la constipation des lavages d'intestin à l'acide borique, à l'alun ; la malade n'a pu les prendre.

Pendant 3 ans l'état reste stationnaire avec des alternatives de mieux et d'aggravation.

En 1897 pour la première fois la malade remarque des glaires

dans ses selles. Les selles ne sont pas douloureuses; les matières sont normales comme couleur, moulées. Les glaires sont abondantes, et leur expulsion soulage la malade. A la même époque la malade est prise d'accès de fièvre survenant brusquement à des heures irrégulières; l'accès débutait par un frisson, il était suivi d'un stade de chaleur et de sueurs. La température oscillait entre 38°5 et 39°2. L'accès durait de 3 à 7 heures. Quand il était terminé la malade était faible, restait dans un état nauséux. Ces nausées fébriles revenaient tous les 2 mois environ.

Au cours d'un accès, sensation de tension de poids dans la région hépatique, en une nuit la malade est devenue jaune; les matières étaient blanches; les urines couleur acajou. La jaunisse a persisté pendant 10 jours.

Pendant l'année 1897, les manifestations hépatiques ont été rares.

En 1898, l'état de l'estomac s'aggrave. Du côté de l'intestin, la constipation est plus opiniâtre, la malade ne rend plus les lavements, elle expulse des peaux, des glaires. Sous l'influence de lavements au nitrate d'argent, elle rend de volumineuses membranes blanches enrobant les matières ou émises seules. Les matières sont, en général, très minces, aplaties ou effilées. L'expulsion des peaux s'accompagne de douleurs intenses dans les hypochondres, parfois autour de l'ombilic. Les accès de fièvre reviennent plus fréquents, presque toutes les semaines. L'accès de fièvre est moins intense quand la malade rend beaucoup de peaux.

En 1899. Crise de nerfs à la suite d'une émotion.

L'intestin est toujours dans le même état: peaux, glaires, membranes. Douleurs vives quand il y a hyperthermie; du reste,

à ce moment, se ballonne, et redevient normal quand la température baisse.

Au mois de juin 1899, la malade a pendant 15 jours de la fièvre ; elle rend des peaux et des membranes en quantité ; elle a au même moment une poussée d'ictère (selles décolorées, urines foncées) qui dure 3 à 4 jours.

Traitement. — Lavages d'intestin avec 3 grammes de biborate de soude par litre d'eau. Lavements d'huile. Belladone.

La malade va ensuite à la campagne où elle se porte assez bien. Pas de poussées d'ictère.

Elle va faire une saison à Plombières. Les bains lui font du bien. Au bout de 10 jours la fièvre reparait. L'accès commence à 3 heures de l'après-midi, et dure jusqu'à 2 heures du matin ; la température ne dépasse pas 38°7. La jaunisse était nette le lendemain et persistait 2 ou 3 jours.

L'hyperthermie s'est renouvelée plusieurs fois pendant la saison à Plombières, et la veille de son départ la malade a eu 40°.

La constipation a persisté malgré les douches ascendantes, qui ont provoqué de vives douleurs aux angles du côlon. Les membranes ont été expulsées en abondance.

Depuis qu'elle est revenue de Plombières, nous avons vu la malade tous les quinze jours environ. Son état se modifie peu. Les crises hépatiques reviennent de temps en temps ; les membranes persistent dans les selles, elle en rend parfois la valeur d'un grand verre ; les phénomènes douloureux sont intenses, et ce qui aggrave le cas c'est qu'actuellement le moral est atteint aussi profondément que le physique.

OBSERVATION XIV

M. D... Pas d'antécédents soit héréditaires, soit personnels. A toujours joui d'une bonne santé, mais a toujours été sujet à la constipation.

Lorsqu'il vient consulter, se plaint d'avoir depuis dix-huit mois, des peaux de vraies membranes dans ses matières. Celles-ci sont souvent déformées, ce sont des scybales, des boules. Souvent poussées diarrhéiques, 8 à 10 selles par jour; le malade expulse des glaires sanguinolentes nageant dans un liquide, couleur chocolat. Parfois faux besoins, un peu de ténésme. En général pas de douleurs, pas de coliques; le boudin cæcal est assez net, mais pas sensible.

L'appétit est conservé, pas de dégoût alimentaire, un peu d'amaigrissement.

Traitement : Régime n° 2. Huile de ricin à petites doses. Grands lavages d'intestin avec du biborate de soude. Frictions sèches sur le corps.

Le malade est revu au bout de trois semaines.

Il a toujours des selles diarrhéiques, 7 à 8 dans les vingt-quatre heures, mais ne rend des matières que s'il prend de l'huile de ricin.

Traitement : Continuer les grands lavages, mais les remplacer pendant trois jours par les lavements suivants :

Nitrate d'argent..... 0 gr. 20 cent.

Laudanum..... 6 gouttes.

4 Eau 500 gr.

Sous l'influence des lavements au nitrate d'argent, il y a de

l'amélioration. Moins de glaires, de peaux ; les selles sont encore en petits fragments.

Le malade ayant une nouvelle poussée diarrhéique, avec selles sanguinolentes, on fait refaire une série de 3 lavements au nitrate d'argent ; continuer les grands lavages. Pendre pendant 8 jours le matin, 1/4 de verre d'eau de Sedlitz.

Pendant 25 jours, amélioration marquée. Plus de glaires, ni de membranes, toujours des scybales.

La constipation persiste.

Les selles redevenant sanguinolentes, liquides ou demi liquides, le malade revient consulter à nouveau.

Traitement. — Viande crue. Capsules d'huile de ricin. Pilules de Belladone (0 g., 01 cent.), 2 par jour ; 2 lavements boratés par semaine.

Le nouveau traitement ne donne pas de résultats ; la diarrhée est intense ; pour la première fois, le malade éprouve de vives douleurs en allant à la garde-robe.

A la palpation, on sent une plaque dure rénitente au niveau de l'S iliaque, un des bords est nettement perçue dedans de l'S iliaque. Par le toucher rectal on arrive à percevoir de petits noyaux indurés disséminés.

On était donc en présence d'un cas de colite secondaire à un néoplasme de l'intestin.

CONCLUSIONS

La colite muco-membraneuse, est caractérisée par deux symptômes fondamentaux ; la constipation, le rejet de muco-membranes, auxquels on peut ajouter le plus souvent la douleur.

La *constipation* est le phénomène primordial ; elle est due soit à l'atonie, soit au spasme de l'intestin ; la constipation par spasme est très fréquente. Le spasme peut être partiel ou généralisé ; il peut aller jusqu'à déterminer exceptionnellement des phénomènes d'occlusion intestinale. La *diarrhée* alterne parfois avec la constipation ; c'est tantôt de la diarrhée vraie par débâcle, souvent il y aussi de la fausse diarrhée.

Les membranes sont de dimension et d'aspect variables, dûes à du mucus concrété qui se dépose par couches. Elles ne se trouvent parfois dans les selles que d'une façon irrégulière, par intermittences.

La *douleur* est habituelle dans les cas intenses, localisée tantôt en un point limité, tantôt au con-

traire, étendue à tout l'abdomen. La douleur sur le trajet du côlon est très fréquente, avec maximum dans les fosses iliaques. Vives quand la maladie est dans une phase aiguë, les douleurs ont parfois une intensité très grande, elles ont un retentissement sur l'état général; elles peuvent immobiliser le malade au lit, et après une débâcle, il y a souvent détente.

L'examen extérieur du ventre ne doit pas être négligé : la paroi abdominale est souvent affaiblie, relâchée; le ventre est en besace ou en dôme.

Par la palpation il est facile de percevoir la corde colique, le boudin cæcal, quelquefois l'abaissement du côlon transverse, et sa déformation en U ou en V.

Le rein, le pylore, le foie lui-même, sont assez souvent ptosés. Chez certains malades atteints de colite muco-membraneuse, on observe des *manifestations nerveuses* dont la colite muco-membraneuse est directement ou indirectement la cause occasionnelle.

On peut décrire les *formes cliniques* suivantes de la colite muco-membraneuse : forme bénigne, forme commune, forme grave (type contenu, paroxysmes fébriles, types douloureux).

Le *mucus* constitue la substance fondamentale des muco-membranes qui ne contiennent jamais de fibrine. Souvent, dans le réseau lamelleux des membranes de mucus, on constate des cellules épithéliales déformées, des leucocytes, des globules rouges, de nombreux microbes.

La muqueuse peut être complètement indemne; il

peut y avoir cependant une infiltration embryonnaire de la muqueuse. S'il y a des érosions, elles sont très légères, superficielles.

La colite est surtout fréquente chez les femmes qui, plus que les hommes, sont sujettes à la constipation. La stase des matières est l'élément pathogénique essentiel. Les causes favorisant ou entretenant la stase, favorisent ou entretiennent la colite. Sous l'influence de la constipation, il y a irritation du revêtement épithélial des glandes de l'intestin, ce qui amène une exagération de la sécrétion de la muqueuse et de la desquamation épithéliale. Le mucus adhère à la muqueuse, se concrète, et les membranes se forment par apport successif de produits de sécrétion et de desquamation.

Quand ce processus se produit chez des nerveux, il survient de la douleur et du spasme ; le nervosisme et les phénomènes gastro-intestinaux retentissent l'un sur l'autre, s'exaspèrent et s'aggravent mutuellement par un véritable cercle vicieux.

Les ptoses influent sur la colite, en excitant le nervosisme local et même général, en augmentant par le tiraillement qu'elles exercent sur les plexus nerveux abdominaux l'intensité des douleurs et du spasme de l'intestin.

Les phénomènes nerveux prennent parfois une importance telle, qu'on doit les considérer comme une complication sérieuse.

Des poussées fébriles simulant un état typhoïde et

dues à des infections secondaires d'origine intestinale, des hémorrhagies de l'intestin, des phénomènes d'occlusion peuvent aussi compliquer l'évolution de la colite.

La lithiase intestinale s'observe assez souvent dans la colite muco-membraneuse. Elle résulte de la concrétion des sels calcaires et magnésiens dans les produits stagnants d'exsudation muqueuse et de desquamation intestinale. Cette lithiase alcalino-terreuse, est ici comme ailleurs, la conséquence d'une sorte de catarrhe lithogène.

Les troubles hépatiques peuvent se rencontrer dans la colite muco-membraneuse. Le foie est quelquefois ptosé, il déborde les fausses côtes mais a souvent des dimensions normales.

Il n'est pas très rare de relever des coliques hépatiques dans les antécédents des malades. Il faut se demander si un processus analogue n'évolue pas parallèlement dans le côlon et les voies biliaires.

L'angiocholite est, on le sait, considérée par plusieurs auteurs comme la cause de la lithiase biliaire. L'augmentation de volume du foie, parfois constatée, peut être sans doute attribuée au passage des toxines d'origine intestinale.

Les lésions utéro-ovariennes se retrouvent fréquemment chez les malades atteintes de colite muco-membraneuse. On a invoqué la propagation des lésions inflammatoires par la voie lymphatique. Elles agissent certainement en tout cas par la compression en favo-

risant la stase fœcale. Elles déterminent sur le système nerveux général des modifications très importantes, elles entretiennent le nervosisme.

Les poussées paroxystiques de colites muco-membraneuse correspondent souvent aux périodes menstruelles.

Quant à *l'appendicite*, on peut dire qu'il y a entre elle et la colite un rapport de cause à effet. L'appendicite suraiguë à phénomènes bruyants serait rare ; ce serait une appendicite chronique à évolution lente.

C'est sans doute par propagation à la muqueuse appendiculaire de l'inflammation intestinale que l'appendicite est provoquée, ici comme dans d'autres formes de colite.

Le *diagnostic* de la colite repose sur l'existence dans les selles de muco-membranes. La structure exacte des membranes doit être déterminée par un examen suffisant. Il faudra chercher ensuite si la colite est primitive ou secondaire.

Le traitement doit tenir compte des éléments divers qui entrent en jeu dans la colite muco-membraneuse. Il faut avant tout combattre la constipation, sans oublier qu'elle est souvent due au spasme. La douleur, les phénomènes nerveux, les troubles nerveux fournissent aussi des indications.

Par de grands lavages, par des injections médicamenteuses on peut combattre à la fois la stase colique, l'infection intestinale, et modifier l'inflammation catarrhale elle-même.

Il est important de prévenir le malade que la guérison complète est parfois difficile, et qu'il sera exposé à des rechutes que des écarts de régime, des causes morales mêmes pourront favoriser.

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la Thèse,
BRISAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerlund.* — Studien über Enteritis membranacea. *Archiv. f. Verdauungskrank*, I, 4, p. 396.
- Beurmer.* — *Journal de Médecine*. Paris, 27 nov. 1898.
- Benigni.* — Caso di entero-colite muco-membranosa secondi il concetto, di Mendelson. *Gaz. degli. Osped.*, 18 juillet 1897, p. 900.
- Boardman.* — *Boston med. and surg. Journ.*, 1884, p. 376-384.
- Boyd.* — A case of croupen enteritis. *Transact of the Acad. of med. in Freland*, 1885, p. 308.
- Brandt.* — *New-York med. Record*, 1882.
- Bulletins Académie de Médecine, 1897.
- Bulletins Société médicale Hôp. de Paris, 1897.
- Butler.* — Membranous enteritis; its pathological character and treatement. *New-York med. Journ.*, 28 déc. 1895, p. 1824.
- Carron de la Carrière.* — Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez les enfants. *Journ. de Médecine de Paris* 20 nov. 1898.

Czerny et Feuger. — Port appendicite. *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 320.

Cruveilhier. — Anat.-Pathol. générale, t. IV.

Clemens. — Über den Darmkrup der Kinder. *Journal f. Kinderkr.* Erlangen, 1860, XXXIV, p. 38.

Calmels. — *La colite chez les enfants*. Th. de Paris, 1897.

Cohen. — Two cases of membran. Enter. *Med. news*, 11 fév. 1893.

Cornil. — *Communication à l'Acad. de Méd.* 7 août 1898.

Chaillé. — *Union Médicale* 1868. t. I. p. 9.

Dieulafoy. — Entéro d'origine utéro-annexielle. *Presse méd.*
« Sable intestinal. *Presse médicale* 1897.

Doë. — A case of pseudo-membranous enteritis. *Boston méd. and Surg. Journ.* 14 mai 1885, p. 469.

Edwards. — *Boston méd. and Surg. Journ.* 1884. Membranous enteritis, *Amer. Journ. of the med. Scienc.* avril 1888, p. 329.

Fuikelstein. — Zur Ätiologie der follikularen Dornentzündungen, in *Deutsch. med. Woch.* nos 38 et 39. sept. 1896.

Fernel. — *Pathol. lib.* VI. 1838.

Gendrin. — *Traité philos. de médecine pratique*, 1841, t. III.

Grisolle. — *Pathol. interne*, t. II.

Graves. — *Clinique médicale*, deuxième édit, t. III.

Gourdon. — *Sur l'entérite pseudo.-membr. simple*. Thèse Paris 1875.

Goss. — A membrane like affection of the bowels. *Boston méd. and Surg. Journ.*, 2 juin 1881.

Henoch. — Unger.

Guyot. — *Société méd des Hôpit.* Février 1886.

Hayn. — *Hufelands Journal*, 1843 t. II p. 87.

Izoard. — Contribution à l'étude de l'Enté-muco-membraan
Th. Paris 1883.

Julie. — Appendicite dans le cours d'une colite muco-membr.,
laparotomie ; issue spontanée de l'appendice. *Archives*
Médec. militaire, 1898.

Kitawaga. — Beitrage zur Kenntniss der Enteri-membranacea.
Zeitsch. f. klin. Med. XVIII, p. 9.

Kilbourne. — Final history of a case, of (so-called) membra-
nous enteritis *Med. Record*. 28 mars 1896, p. 459.
— *Med. Record*. 1888.

Litten. — Präparate von Enteritis (colitis) membranacea.
Berlin klin. Wochensch., 16 juillet 1888, p. 592.

Laboulbène. — Recherches cliniques et anat. sur les affections
pseudo memb., Paris, 1861.

Lereboullet. — Contribution à l'étude de quelques accidents
dus à la constipation. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chi-*
rurgie. 6, 13 août 1875.

Letcheff. — De la colite muco-memb. chez les utérines, Th.
Paris, 1895.

G. Lyon. — *Gazette Hôpitaux*, 1889.

Lancereaux. — *Traité de l'herpétisme*, 1883.

Monod. — De l'entérite pseudo-membr. en gynécologie. *An-*
nales de la Polycl. de Bordeaux. Mai 1893.

A. Mathieu. — *Thérapeutique des maladies de l'intestin*, 1895.
— Traitement de l'Ent.-muco-memb. *Gazette des Hôp.*,
27 octobre 1894.

— Ent.-muco-memb. in *Traité médecine*, Charcot-Bou-
chard.

Mazéran. — Thèse Lyon 1899.

- Mercier.* — *Colite chronique.* Th. Paris 1888.
- Mendelsohn.* — Mucous colitis, a functional disease. *Mcd. Record*, 30 Janv. 1897.
- Morau.* — Communications entre les lymphatiques génitaux de la femme et ceux du rectum. *Sem. Méd.* 1894.
- Mayer.* — *Pathogénie de l'appendicite à répétition.* Th. Lawanne.
- Nonat.* — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* Paris 1894.
- Ozenne.* — De la colite pseudo-memb. chez les utérines. *Journ. de Méd. de Paris.* Décembre 1893.
- Perroud.* — *Journal Medecine Lyon* 1864.
- Pilliet.* — Appendicite folliculaire oblitérante. *Soc. biologie.* Janv. 1898
- Potain.* — Matière mucino-gélatineuse, expulsée par l'intestin pendant la défécation. *Bulletin de la Soc. Anat.* 1857.
- De la colite chronique. *Semaine Médic.* 1887
- Recoud.* — Colite muco-membraneuse. *Journal de Médecine.* 30 Oct. 13 Nov. 1898.
- Reynier.* — *Presse Médicale.* 3 Nov. 1898.
- Richardière.* — *Journal Médecine de Paris* 1898.
- Rolhmann.* — *Über Enteritis membranacea.* Berlin. Klin. Vochenschr. 4 Déc. 1893.
- Roche et Samson.* — *Nouveaux éléments de Pat. méd.-chirurg.* 1833.
- G. Sée.* — *Des dyspepsies gastro-intestinales,* Paris, 1881-1883.
- Communication à l'Académie de Médecine, 1881.
- De l'entérite muco-memb. et de son traitement, *Bulletin médical,* 1893.
- Talamon.* — *De la colite appendiculaire,* Paris, 1900.

Tonné. — *Bulletins de la Soc. Anatomique*, 1844.

Thévenot. — *Union médicale*, 1883.

Van Swieten. — *Diarrhea fibrilis*, t. II.

Wannebroucq. — De l'entérite interstitielle (entérite pseudo-memb.) et particulièrement du siège et de la nature de cette affection. Association pour l'avancement des Sciences. Lille, 1874.

Williams. — Chronic inflammation of the intestinal mucous-membrane, *Dublin Journ. of. med. Scienc.*, nov. 1864.

Winslow. — A case of membranous colites, *Maryland med. Journ.*

Witehead. — Mucous diseases, *Brit. Med. Journ.*, 1871.

Vouzelle. — Thèse Paris, 1899.

